



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Maria da Conceição dos Santos Fão

# AS EXPERIÊNCIAS DO ENFERMEIRO PERANTE O PROCESSO DE MORRER EM CUIDADOS CONTINUADOS

I Mestrado em Cuidados Paliativos

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Manuela Amorim Cerqueira

Maio de 2013



# RESUMO

No contexto de cuidar de doentes em fim de vida numa unidade de cuidados continuados, o processo de morrer surge como uma experiência que coloca aos enfermeiros uma série de interrogações, expondo-os a um confronto com a sua dimensão emocional. Neste sentido, colocamos a seguinte questão de investigação: *Como experiencia o processo de morrer o enfermeiro em Cuidados Continuados?*, com o objetivo de conhecer as experiências dos enfermeiros em cuidados continuados frente ao processo de morrer, com a finalidade de contribuir para a mudança/ inovação, ou melhoria das práticas dos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morrer, preservando a dignidade na morte.

Estudo de natureza qualitativa, um estudo de caso. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a recolha de dados, realizada a catorze enfermeiros que exerciam a sua atividade numa unidade de cuidados continuados de longa duração. As entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas utilizando a análise de conteúdo segundo Bardin.

**Resultados:** Os enfermeiros do estudo atribuem significado ao processo de morrer ligado muito às suas vivências pessoais de perdas anteriores quer no âmbito profissional quer pessoal. Encaram a morte de uma forma mais “serena” ou aceitável quando se trata de idosos. Lidar com o processo de morrer, exige aos enfermeiros um modelo assistencial com uma dimensão técnica, humana e comunicacional, num processo de compreensão interativo. Compreendem que os cuidados prestados à pessoa em processo de morrer devem visar cuidados que minimizem o sofrimento e não cuidados que conduzam à “obstinação terapêutica. Consideram que a disponibilidade de tempo, e atenção humana é fundamental para a qualidade dos cuidados. O enfrentar a morte desperta nos enfermeiros sentimentos como: impotência; angústia; revolta; perda; tristeza; raiva; desanimo; alívio; surpresa; alegria. Para lidar com o processo de morrer adotam estratégias comportamentais e cognitivas de forma a gerir as emoções e sentimentos.

**Conclusão:** Os enfermeiros atribuem um significado ao processo de morrer ligado muito às suas vivências. Defendem a necessidade de encontrar um novo significado para a morte. Um novo modelo comunicacional e relacional que preconize a comunicação aberta e franca

**PALAVRAS-CHAVE:** experiencias; enfermeiros; cuidados continuados; processo de morrer

Maio de 2013



# ABSTRACT

In the context of taking care of patients at the end of their lives in a long-term care unit, the process of dying comes as an experience that places to nurses a large number of questions, exposing them to a confront with their emotional dimension. In this way we take this question to investigation: *How does the nurse of a long-term care unit experience the process of dying?*, with the goal of knowing the experiences of nurses in long-term care units when facing the death process, with the goal of contributing to the change / innovation or even improvement of the nurses' practices while taking care of a patient who is dying, preserving his/her dignity in this final phase.

This is a qualitative study, a case study. A half-structured interview was used to collect data and was done to fourteen nurses who performed their activity in a long-term care unit of long duration. These interviews were then written and analyzed using the Bardin's content analysis process.

Results: The interviewed nurses give meaning to the process of dying closely connected to their own personal experiences and previous losses both professionally and personally. They face death as a calmer or more acceptable way when it comes to the elderly. Dealing with this process demands from the nurses an assisting model with a technician, human and communication dimension, in a process of interactive understanding. They comprehend that the cares given to the dying patient should aim and minimize the patient's suffering and not the ones that may lead to therapeutic obstinacy. They consider that the availability in terms of time and personal attention is essential to the quality of the treatments.

Facing death arouses in nurses feelings such as: impotency, anguish, revolt, loss, sadness, anger, discouragement, relief, surprise, joy. To deal with the process of dying they adopt behavioral and cognitive strategies so as to manage their feelings and emotions.

Conclusion: Nurses give a meaning to the process of dying which is closely connected to their own personal experiences. They defend the need of finding a new meaning to death. A new relational and communication model that professes open and honest communication.

**KEYWORDS:** experiences; nurses; long-term care; process of dying.

May 2013



## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de investigação seria difícil, ou mesmo, impossível, sem um grande empenho e sacrifício pessoal. Para ele, também contribuíram a dedicação e os esforços de muitos, a quem gostaríamos de retribuir, deixando algumas palavras de agradecimento.

À Professora Doutora Maria Manuela Cerqueira, pela dedicação, paciência demonstrada, e também pelo ‘reforço positivo’, que nos motivou ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Aos meus pais pelo apoio incondicional que demonstraram nos momentos mais difíceis, pelo suporte emocional, pelo apoio logístico e, acima de tudo, também pelos dias em que foram privados da nossa companhia e disponibilidade.

Ao meu namorado pela compreensão das minhas ausências, pelo incentivo e apoio nos momentos menos fáceis nesta caminhada.

À Enfermeira Cidália Martins pela ajuda e prontidão que sempre teve, na ajuda solicitada ao longo do estudo.

Gostaríamos de expressar o nosso reconhecimento aos Enfermeiros inquiridos, que apesar de sujeitos a imenso trabalho se prontificaram a dar o seu contributo para este estudo.





“Assistir à morte em paz de um ser humano faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes num vasto céu que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim”.

**(Kübler-Ross, 2005)**



## **LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SFAP – Sociedade Francesa de Acompanhamento em Cuidados Paliativos



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
<b>CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS .....</b>	<b>21</b>
Conceito de Morte.....	23
Cuidados de Saúde Continuados .....	25
Enfermeiro de Cuidados de Saúde Continuados .....	26
Cuidados Paliativos .....	27
Ações Paliativas .....	28
Fim de Vida.....	28
<b>CAPÍTULO 2 – A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS</b>	
<b>CONTINUADOS PERANTE O PROCESSO DE MORRER .....</b>	<b>29</b>
1. A Evolução Histórica da Conceção de Morte .....	31
1.1. A Influência da Cultura na Vivência no Processo de Morrer .....	33
1.2. Representações Sociais da Morte .....	34
2. O Sentido da Vida .....	39
3. O Cuidar e a sua Evolução .....	41
4. A Vivência do Enfermeiro perante a Pessoa e o Processo de Morrer .....	45
4.1. Os Cuidados de Enfermagem perante o Processo de Morrer .....	47
<b>CAPÍTULO 3 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
1. Problemática e Objetivos do Estudo .....	53
2. Opções Metodológicas .....	57
2.1. Tipo de Estudo.....	57
2.2. Caracterização do Terreno de Pesquisa.....	58
2.3. População em Estudo .....	59
2.4. Instrumento de Recolha de Dados .....	61
2.4.1. Guião da Entrevista.....	62
2.5. Procedimentos da Análise de Dados .....	64
2.6. Questões Éticas.....	65
<b>CAPÍTULO 4 – CONSTRUINDO A ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
1. Significado do Processo de Morrer .....	73
2. Influência no Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro ao lidar com o doente em Processo de Morrer.....	75

3. Percepção do Enfermeiro acerca da Vivência do Doente perante o seu Processo de Morrer.....	77
4. Cuidados Prestados pelo Enfermeiro à Pessoa que está em Processo de Morrer.....	79
5. Aspetos que Influenciam o Cuidar do Enfermeiro no Processo de Morrer.....	83
6. Sentimentos/ Emoções Experienciados pelo Enfermeiro perante o Processo de Morrer .....	85
7. Estratégias Utilizadas pelo Enfermeiro para Lidar com o Processo de Morte .....	89
<b>CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS; CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	
1. Significado do Processo de Morrer .....	95
2. Influência no Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro ao Lidar com O Doente no Processo de Morrer .....	97
3. Percepção do Enfermeiro acerca da Vivência do Doente perante o seu Processo de Morrer.....	99
4. Cuidados Prestados pelo Enfermeiro à Pessoa que está em processo de Morrer .....	101
5. Aspetos que Influenciam o Cuidar do Enfermeiro no Processo de Morrer.....	103
6. Sentimentos/ Emoções experienciados pelo Enfermeiro perante o Processo de Morrer.....	105
7. Estratégias Utilizadas pelo Enfermeiro para Lidar com o Processo de Morrer.....	107
<b>CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....</b>	109
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	113
<b>ANEXOS.....</b>	123
<b>ANEXO 1- CRONOGRAMA .....</b>	125
<b>ANEXO 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	129
<b>ANEXO 3 – DEFERIMENTO DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DR. QUEIROZ DE FARIA .....</b>	133
<b>ANEXO 4 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	137
<b>APÊNDICES .....</b>	141
<b>APÊNDICE 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA .....</b>	143
<b>APÊNDICE 2 – EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA .....</b>	147
<b>APÊNDICE 3 – MATRIZ DE ANÁLISE .....</b>	153

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

<b>DIAGRAMA 1</b> – SIGNIFICADO DO PROCESSO DE MORRER.....	73
<b>DIAGRAMA 2</b> – INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO AO LIDAR COM O DOENTE EM PROCESSO DE MORRER.....	75
<b>DIAGRAMA 3</b> – PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA VIVÊNCIA DO DOENTE PERANTE O SEU PROCESSO DE MORRER.....	77
<b>DIAGRAMA 4</b> – CUIDADOS PRESTADOS PELO ENFERMEIRO À PESSOA QUE ESTÁ EM PROCESSO DE MORRER .....	79
<b>DIAGRAMA 5</b> – ASPETOS QUE INFLUENCIAM O CUIDAR DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MORRER.....	83
<b>DIAGRAMA 6</b> – SENTIMENTOS/ EMOÇÕES EXPERIENCIADOS PELO ENFERMEIRO PERANTE O PROCESSO DE MORRER.....	85
<b>DIAGRAMA 7</b> – ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORRER .....	89





## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>QUADRO N.º 1 – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA .....</b>	<b>60</b>
<b>QUADRO N.º 2 – GUIÃO DA ENTREVISTA .....</b>	<b>63</b>
<b>QUADRO N.º 3 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ENFERMEIROS .....</b>	<b>70</b>



## INTRODUÇÃO

A evolução científica e tecnológica surgiu na área da saúde a partir da segunda metade do século XX o que possibilitou a realização de intervenções médicas até aí impensáveis. Neste cenário, a capacidade de resposta da medicina, face à doença grave aguda ou agudização da doença crónica, foi amplamente incrementada. Inúmeras vidas são salvas, inúmeras vidas são prolongadas, pequenos milagres são realizados.

Todo este progresso criou a ilusão da vida sem um fim e a sensação de que a morte pode ser evitada. A sociedade acredita que a morte ocorre devido a falhas da medicina, e não, porque é simplesmente um processo natural e comum a todos os seres vivos. Coelho (1991, p.7) salienta que a temática da morte “tem sido e continua a ser tabu na nossa cultura”.

É necessário aceitar, que existe um ponto final na vida humana em que a morte é inevitável e não resta outra alternativa, que não seja manter o conforto para preservar a dignidade da pessoa. Esta dignidade, varia de pessoa para pessoa entre circunstâncias e conforme, afirma Chochinov (2002, p.2253), “ela é frequentemente invocada como a justificação última para várias abordagens, até mesmo diametralmente opostas, no cuidado aos doentes moribundos quer em referência à eutanásia e suicídio assistido, hidratação e nutrição, sedação terminal quer no controle dos sintomas básicos”. Assume assim, uma alta importância no cuidar da pessoa e deve ser abordado de forma holística. O enfermeiro no seu processo de cuidados não pode assim, dissociar o “Eu” corpo, do “Eu” afeto, do “Eu” psíquico, do “Eu” espiritual. Verificamos, no entanto, no quotidiano que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que são os que mais lidam com a morte, têm uma forte tendência para se ligar à esperança da cura.

O processo de morte continua a ser um grande mistério, e por vezes está associada a sentimentos de sofrimento, de angústia e a fim de vida, adotando os profissionais de saúde muitas das vezes um comportamento de afastamento e negação perante estas situações. Kubler-Ross (1985, p.9) considerou a morte como uma etapa normal da vida, que poderá exercer uma função de aprendizagem para quem a vivencia e refere: “aprender a ver a morte como uma companheira invisível, mas amigável, na viagem da vida - que nos lembra suavemente de não deixar para amanhã o que queremos fazer - é aprender a viver a vida, e não só a atravessá-la”.

Partindo destes pressupostos e da nossa vivência pessoal, colocamos a questão de investigação: **Como experiencia o processo de morrer o enfermeiro em Cuidados Continuados?** no sentido, de *Conhecer as experiências dos enfermeiros em cuidados continuados frente ao processo de morrer de um doente* ', com a finalidade de contribuir para a mudança/ inovação, ou melhoria das práticas dos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morrer, preservando a dignidade na morte.

Assim, os objetivos que se pretende alcançar são:

- ✓ Identificar as representações que os enfermeiros possuem sobre o processo de morrer;
- ✓ Identificar os sentimentos e emoções experienciados pelos enfermeiros perante o processo de morrer;
- ✓ Identificar a influência que o processo de morrer tem nos cuidados prestados pelos enfermeiros;
- ✓ Identificar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para lidarem com o processo de morrer

Face a esta questão de investigação, enveredamos por uma abordagem qualitativa, um estudo de caso.

Para uma melhor compreensão da problemática em estudo, colocamos um capítulo com definição dos conceitos

O estudo encontra-se organizado por capítulos que se subdividem em subcapítulos. No capítulo 1 e 2, desenvolvemos o marco teórico, que sustenta e fundamenta o estudo. Integra conteúdos referentes ao processo de morrer; os enfermeiros perante o processo de morrer. No segundo capítulo procede-se a conceptualização do estudo empírico e integra a justificação da problemática, os objetivos, a metodologia adotada. No capítulo 3 apresenta-se a análise dos resultados. No último capítulo, apresenta-se a discussão, e as conclusões do estudo. Por fim, apresenta-se sugestões e implicações do estudo.

## **CAPÍTULO 1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS**



Neste capítulo apresentamos a definição de conceitos tendo como alicerce o marco teórico que fundamenta o estudo.

## **CONCEITO DE MORTE**

A morte é um momento na história de cada pessoa. É definida por Rousseau (2000, p.1) como “um acontecimento histórico, misterioso e enigmático, isto é, uma progressão natural e absoluta na vida”. De início incerto e duração imprevisível é, por isso, para a pessoa, uma contingência existencial capaz de mobilizar variadas cargas de energia sentimental.

A morte para Oliveira (2008, p.9) “é sempre um momento uma transformação, uma passagem, um final ou um começo. Morte e vida completam-se e equilibram-se e não pode ser estudada uma sem outra. Há um ponto essencial que as une: a vida é movimento, é energia e, como tal, mesmo na morte há vida, em algum modo ou forma de manifestação”. Não é só o corpo que morre, quem morre é a pessoa. A morte diz respeito ao homem e à sua totalidade, não devendo ser vista como a morte do corpo uma vez que o ser humano é também espírito. (Pacheco, 2004)

Segundo a CIPE (2005, p. 52) morrer é o “Processo corporal com as características específicas: Interrupção da vida, diminuição gradual ou súbita das funções corporais que conduz ao fim dos processos corporais de manutenção da vida” e morrer com dignidade é “Processo de Morrer com as características específicas: Verbalização de alívio da dor, expressão de controlo de sintomas, participação nas decisões sobre os cuidados e tratamentos, verbalização de conforto físico, verbalização de satisfação espiritual e revisão das experiências de vida.”

Kubler-Ross (1985) no seu livro “On death and dying”, apresentou cinco etapas do processo de morrer, referindo que são etapas de adaptação à perda. Mais tarde, acrescentou mais duas etapas,.. Assim, definiu: Choque (devido ao confronto com a doença fatal), negação (é um mecanismo de defesa, que ajuda a abrandar o impacto da tomada de consciência da morte inevitável), cólera (fase em que o doente tem sentimentos de raiva, irritação, ciúme), negociação (há a aceitação da morte e faz negociação com Deus), depressão (o doente enfrenta muitas perdas, que acarretam depressão e tristeza), aceitação (é uma etapa quase vazia de sentimentos, em que o

doente prefere estar sozinho e ter visitas breves) e decathexis (o doente põe fim a toda a comunicação e entra em agonia).

A proximidade da morte exige que se proporcione uma morte digna. O direito de morrer com dignidade supõe a possibilidade de poder escolher como se quer morrer, ou melhor a forma de como não se quer morrer.

Morrer, além de ser um fenómeno biológico natural, contém intrinsecamente uma dimensão simbólica, daí que cada sociedade, cada família, cada indivíduo tem a sua própria forma de viver a morte. Esta, tem vindo a tornar-se um tema tabu na sociedade moderna, ainda que faça parte de um processo natural na vida de todo o ser humano, pois assiste-se ao culto da juventude eterna e do aproveitamento da vida ao máximo. A negação da morte é encontrada na maioria dos setores da sociedade, até mesmo entre os profissionais de saúde, que, na linguagem do dia-a-dia, comumente se referem a esta como óbito.

Para Moreira & Lisboa (2006, p.448) “Morrer, cientificamente, é o deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda a atividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crónico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos”.

Segundo a perspectiva de Kovács (1995, p.14), “o medo de morrer é universal e atinge todos os seres humanos, independentemente da idade sexo, nível económico, nível socioeconómico e credo religioso.” Enfrentar o processo de morrer, confronta-nos com o nosso fracasso e impotência, pois não conseguimos determinar qual o momento exato da morte. Tenta-se a todo o custo evita-la e, quando este propósito não é atingido, a morte é escondida e até negada. O simples facto de pronunciar a palavra morte assusta e provoca um sentimento quase de repúdio (Combinato & Queiroz, 2006). No entanto, nem sempre foi assim, o conceito de morte também se foi alterando ao longo dos tempos.

Em síntese, o processo de morrer ou morte é um fenómeno caracterizado pela cessação das funções vitais e tem uma dimensão social e cultural que varia consoante o momento histórico e local onde acontece. Por outras palavras, a morte é o término da vida, o instante derradeiro do ser humano nesta existência, e pode ocorrer com qualquer pessoa, partindo do pressuposto que o Homem traz em si a sua finitude



## CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS

A rede de Cuidados Continuados Integrados designada por RNCCI, integra um conjunto de instituições, públicas ou privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto em casa como em instalações próprias.

Esta rede resulta de uma parceria criada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade Social e vários prestadores de Saúde e Apoio Social. A RNCCI é constituída por vários tipos de unidades das quais:

- Unidades de Internamento das quais se podem distinguir:
  - ✓ Unidades de cuidados continuados de convalescença
  - ✓ Unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação;
  - ✓ Unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção;
  - ✓ Unidades de cuidados paliativos.
- Unidades de ambulatório;
- Equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social.

O objetivo dos cuidados continuados integrados é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida.

Segundo o Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro estes são definidos como:

“os cuidados de saúde prestados a cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afetados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, suscetível de correção, compensação ou manutenção e que necessite de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração”.

As unidades de longa duração e manutenção, são unidades de internamento, com carácter temporário ou permanente, que possuem espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas nos seus domicílios. Estas unidades têm como finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Podem também assegurar internamentos temporários com duração inferior a 90 dias nos casos que haja dificuldade de apoio familiar ou mesmo a necessidade de descanso do cuidador principal numa durabilidade de 90 dias por ano.

Estas unidades podem ser geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e asseguram aos seus utentes atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem, cuidados médicos, apoio psicossocial, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação assim como apoio no desempenho das atividades da vida diária.

## **ENFERMEIRO DE CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS**

Destacando a definição de Henderson (1966, p.33), que descreve a função da enfermagem como: "ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência"

Já Pereira (1996, p.57) define-a como “ a arte, ciência e a profissão que, respeitando a dignidade do individuo, visa a promoção, manutenção e/ou aquisição de um estado de equilíbrio, físico, mental e social em conjunto com outras ciências da saúde e sociais visando:

- ✓ Facilitar a aprendizagem de modos de vida saudáveis e que favoreçam o desenvolvimento pessoal, familiar e comunitário;
- ✓ Participar nas medidas preventivas de diagnóstico e terapêutica;
- ✓ Aliviar o sofrimento e acompanhar nas situações de crise e nos períodos de fim de vida;
- ✓ Participar nas ações de reinserção social;

- ✓ Promover o autocuidado/independência para satisfação das suas necessidades básicas e padrões funcionais de saúde sempre que não tenham a força, vontade ou conhecimento para tal”.

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

O conceito de Cuidados Paliativos surgiu nos finais dos anos 60, pela Dra. Cicely Saunders, que fundou em Londres o primeiro hospício, ou hospital de retaguarda, para tratamento de doentes terminais. A Organização Mundial de Saúde (2006), definiu os Cuidados Paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso nos problemas não só físicos, como a dor, mas também nos psicossociais e espirituais”.

Já segundo Twycross, (2001, p.17) “Os Cuidados Paliativos são os cuidados ativos e totais dos doentes e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, quando a doença já não responde ao tratamento curativo e a sua expectativa de vida é relativamente curta.”

Os cuidados paliativos têm como objetivo Twycross (2001,p.17):

- «Proporcionar aos pacientes o alívio da dor e outros sintomas;
- Proporcionar um sistema de apoio familiar ajudando as famílias a adaptarem-se à doença e ao luto;
- Proporcionar um sistema de apoio aos doentes, ajudando-os a viver de forma o mais ativa e criativa possível;
- Afirmar a vida, considerando a morte como um processo normal;
- Integrar aspetos sociais, psicológicos e espirituais, de forma a que os doentes possam assumir a sua própria morte de forma tão completa e construtiva quanto possível.»

Os seus princípios fundamentais, defendem que estes devem respeitar, o direito do doente escolher onde deseja viver e ser acompanhado no final da sua vida, devem basear-se nas necessidades do doente, com os seus próprios valores e prioridades pelo que podem ser introduzidos numa fase precoce da doença.

Para Gonçalves (1996, p.2), “A medicina paliativa é talvez o ramo mais recente da medicina, em grande expansão nos países desenvolvidos. Acompanhar esta evolução é, atualmente, o que de mais moderno e útil se pode fazer no nosso sistema de saúde”

Os cuidados paliativos são assim, uma resposta efetiva aos problemas físicos, sociais, psicológicos e emocionais a quem enfrenta uma doença incurável.

## **AÇÕES PALIATIVAS**

A “*Ação paliativa*” é definida como “*qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar (...) as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente*” (DGS, 2005, p. 10), sem recurso a equipas organizadas e treinadas ou a estruturas diferenciadas.

Segundo o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2012) as ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.

## **FIM DE VIDA**

Trata-se de uma situação particular de saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se reportar ao final da vida. (Sapeta & Lopes, 2006)

Para os *Estándards de Cuidados Paliativos*, do *Servei Catalá de la Salut* (1995) citado em Sapeta & Lopes, (2006), o doente terminal é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de 3 a 6 meses .

**CAPÍTULO 2- A EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO DE UMA  
UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS PERANTE O  
PROCESSO DE MORRER**



## 1. A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CONCEÇÃO DE MORTE

A conceção de morte que atualmente a nossa sociedade possui resulta das várias influências ao longo dos séculos. Hoje morre-se em instituições de saúde rodeado de instrumentos, abandonando o contexto familiar e escondendo-a, tornando-a numa morte privada.

Do século V ao XII, a morte era considerada um acontecimento natural, uma consequência do ciclo da vida. Com o advento do capitalismo, surgiu a valorização do individualismo, que fez com que a morte fosse personalizada. Até então as pessoas morriam em casa, cercadas por seus entes queridos, conscientes do processo por que estavam a passar. As pessoas viviam em comunidades, compartilhando as suas vidas uns com os outros. (Moreira & Lisboa 2006). A influência das religiões, também é marcante na conceção de morte, na antiguidade a tradição humanista ateu a morte significava fim de vida; na tradição budista a morte significa a libertação do sofrimento; na tradição judaico-cristã a morte é considerada uma passagem. As pessoas com tradição judaico – cristã costumam afirmar que os seus familiares mortos estão a descansar, ou num lugar melhor, ou livres do corpo, etc. Mas essas mesmas pessoas temem a morte. Segundo um estudo em que são avaliados quatro grupos de indivíduos uns religiosos e outros não religiosos, os dois grupos de religiosos, em confronto com os outros dois grupos não religiosos, avantajaram-se quanto à sua capacidade de interpretar e de lidar com a morte, manifestando particularmente uma maior crença na vida para além da morte. (Oliveira & Neto, 2004).

Serrão & Nunes, (1998, p.86), referem que “Antes da revolução técnico-científica ocorrida nos últimos cinquenta anos (...), morrer com dignidade era, nas doenças de evolução crónica, como a tuberculose e o cancro, a abstenção terapêutica por parte do médico logo que a situação clínica era julgada irreversível, significava morrer em paz, quase sempre no domicílio, acompanhado pelos familiares, apoiados pela prática de rituais religiosos, nos quais o moribundo, enquanto consciente, participava” .

De acordo com Moreira & Lisboa (2006, p.448) devemos reconhecer a componente subjetiva que rodeia a diáde morte/vida, pois “não há possibilidade de se qualificar uma existência sem se concretizar a sua finitude”. Estes autores definem a morte como um processo natural, que não pode ser desvinculada da vida, mas integrada nela, como forma de valorização da mesma.

Aceitar e compreender a morte desta forma, como um processo natural, não é tarefa fácil. Ela envolve fenómenos biológicos, sociais, culturais e espirituais que vão sofrendo alterações com o passar do tempo.

Hoje o desejo de viver é tão intenso, o culto do belo está enraizado que a morte deixa de ter expressão familiar e social, passando a uma expressão nitidamente institucional. Elias (1985) considera que a mudança de atitudes e comportamentos face à morte é um dos aspetos mais significativos da mudança entre os vários estádios civilizacionais. Por sua vez, Illich (1976), salienta que o processo de medicalização reduziu a capacidade dos indivíduos lidarem com a morte e o sofrimento sendo então encarados como algo de anormal e inesperado, e simultaneamente, representa uma falha nas terapêuticas médicas.

Em Portugal, após 1990 a morte tornou-se comum nas organizações de saúde, com um crescimento superior a 200%. Na década de 1970, nas regiões do Norte, Centro, Algarve e Açores, menos de 20% das mortes ocorriam no hospital. Em apenas três décadas tudo se transformou e nos Açores, no final dos anos de 1990, o número de mortes no hospital subiu para cerca de 70% (Silva, 2006).

Nas unidades de saúde persiste uma cultura organizacional centrada no curar, que é desajustada para os seus doentes e familiares, com acentuada obstinação em terapêuticas supérfluas, subestimando a qualidade de vida no final de vida e diminuindo a qualidade dos cuidados prestados. Para Kubler-Ross (1969), os cuidados prestados nos hospitais aos doentes terminais centram-se predominantemente nas técnicas terapêuticas dado que procuram salvaguardar a vida do paciente a qualquer custo. O hospital concebido para tratar e curar tem dificuldades em dar resposta às necessidades dos doentes terminais.

Segundo Frias, (2003,p.58) “A morte ao trocar o lar pela azáfama que o contexto organizacional impõe, envolveu-se num fenómeno técnico, em que apenas, se parece contemplar os gastos com o prolongamento sofisticado da doença. Esta realidade passa pela necessidade de condições físicas e orçamentais específicas e, também, por uma relação interpessoal.”

Com a institucionalização das práticas terapêuticas, a morte saiu do espaço privado (familiar) para as instituições de saúde (impessoal), ficando o moribundo destituído de seu convívio familiar e entregue a pessoas estranhas ao seu meio, sem ter algumas de



suas necessidades atendidas, afastado muitas vezes dos outros utentes limitando-se a sua existência a uma sala afastada ou dividida por biombos.

Com esta transição da morte do lar para as instituições de saúde, tornou-se responsabilidade dos enfermeiros, acompanhar os doentes neste processo, uma vez que são eles quem mais lida, diretamente com os doentes.

Com o surgimento da rede de cuidados continuados em Portugal, muitos dos doentes em fim de vida, saem do hospital e vão para unidades de longa duração onde acabam por morrer. Neste sentido, os enfermeiros deparam-se como o processo de morrer exigindo deles um acompanhamento e um cuidar centrado nas suas necessidades e da família.

### 1.1. A INFLUÊNCIA DA CULTURA NA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE MORRER

A espécie humana é a única que tem consciência que a morte está sempre presente na vida, entendendo-a conforme já referimos como uma interrupção brusca, um mal, uma injustiça. Podemos afirmar que existe um desencontro entre o ser humano e a morte. Esta é assim, encarada para cada pessoa como uma experiência única e particular. Estando os seres humanos inseridos numa cultura social, seja esta moderna ou não, são chamados a agirem de acordo com essa mesma cultura. Dantas, (2009) defende que por estarmos inseridos numa cultura social, seja esta arcaica ou moderna, leva-nos a agir de acordo esta mesma cultura, a maneira de cada um lidar com a morte pode estar assim, diretamente ligada às influências culturais de cada um.

Segundo Combinato & Queiroz, (2006, p.210) “o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas”

Muitos são os ritos conhecidos perante a morte. O rito simboliza a passagem da vida à morte e exprime a separação entre o que morreu e o mundo dos vivos. Estes rituais passam por cerimónias, festas, celebrações ou evocações.

Perante a complexidade dos sentimentos que envolvem a morte, é necessário compreender a pessoa inserida num contexto cultural, para assim, como enfermeiros podermos dar sentido à vida.

## 1.2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA MORTE

Devido a uma herança cultural ou formação pessoal, cada pessoa tem dentro de si uma representação individual da morte. A esta são atribuídas influências do convívio social, meios de comunicação e particularidades de cada pessoa que contribuem para sua mistificação.

As representações sociais têm em Serge Moscovici a sua primeira base teórica, em 1961, através da obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público”. O objetivo desta Teoria das Representações Sociais é explicar os fenómenos do homem a partir de uma perspetiva coletiva, sem perder de vista a individualidade.

Partindo dos estudos de Moscovici nasceram inúmeras pesquisas sobre diversas representações sociais, como a representação social de beleza.

Representações sociais podem ser definidas como “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, como refere Jodelet cit. por Vala & Monteiro (2006,p.458).

Segundo Moscovici (1961) cit. por Vala & Monteiro (2006,p.465) existem dois processos das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. “A objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural”. Na objetivação as ideias abstratas transformam-se em imagens concretas, através do reagrupamento de ideias e imagens focadas no mesmo assunto.

Com o conceito de ancoragem Moscovici (1961) cit. por Vala & Monteiro (2006, p.472): “pretende referir uma segunda categoria de processos associados à formação das representações sociais: a) os processos através dos quais o não-familiar se torna familiar, e b) os processos através dos quais uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais”.

A ancoragem prende-se assim, com a assimilação das imagens criadas pela objetivação, sendo que estas novas imagens se juntam às anteriores, nascendo assim novos conceitos.

Para o historiador francês Phillipe Ariès (2003) cit. por Coelho & Falcão (2007) é possível perceber importantes aspetos para compreender as dificuldades de lidar com a morte na nossa sociedade. A morte hoje, para ele, é vista como um assunto mórbido, interdito, e que é ocultado ao máximo. No entanto, diz o autor *nem sempre foi assim*. Para o autor, há uma visão antiga em que a morte se manifestava como algo familiar e próximo, que se contrapõe à conceção atual. Era importante, que os parentes, amigos e vizinhos estivessem ao lado do moribundo no momento de sua morte. O quarto do moribundo transformava-se num local público, onde se entrava livremente, inclusive as crianças. Este autor, enfatiza a simplicidade com que os ritos da morte já foram aceites e cumpridos, diferentemente daqueles do mundo atual. Ariès (2003) citado por Coelho & Falcão (2007)

Na perspetiva do sociólogo alemão Norbert Elias (2001), a dificuldade não está em apenas falar sobre a morte, isto é, no teor do que é dito sobre ela, mas sim na forma como falamos dela. Os adultos como diz o autor, evitam tocar no assunto com os seus filhos pois sentem que podem transmitir-lhes as suas próprias angústias. No entanto, diz Elias (2001), tal comportamento pode gerar efeitos traumáticos uma vez que se trata de negação de um fenómeno natural. Nesse sentido, ele advoga a importância, para as crianças, da familiaridade com o facto da morte, da finitude de suas próprias vidas e a de todos os demais.

Segundo Elias (2001), a aversão dos adultos de hoje em transmitir às crianças os factos biológicos da morte, ou seja, os aspetos físicos de decomposição do corpo e finitude orgânica, é apenas uma das peculiaridades da nossa civilização. A visão de corpos humanos em decomposição já foi algo mais comum. Todos, inclusive as crianças, podiam falar disso com relativa liberdade. Hoje as coisas são diferentes: nunca o medo da degradação do corpo, na história da humanidade, foi tão ocultada e os moribundos tão isolados. Para ele, esta aversão é fruto do temor que as pessoas manifestam pelas coisas da morte. Este temor é suficiente para separar os que envelhecem dos vivos, tornando-nos frágeis e excludentes. É esta fragilidade, diz Elias, a maior responsável pelo isolamento dos que estão a morrer na nossa sociedade.

Para o filósofo francês Edgar Morin (1997) cit. por Coelho & Falcão (2007), é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida humana tem de mais fundamental. A sociedade funciona organizada pela morte, ao mesmo tempo que luta contra ela. Segundo este autor, a existência da cultura só tem sentido porque as

antigas gerações morrem e é necessário transmiti-la às novas gerações. Para a espécie humana, a morte faz-se acompanhar de ritos funerários, sendo a única a crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos, o que faz da morte um dos traços mais culturais da espécie.

Morin (1997) cit. por Coelho & Falcão (2007), chama a atenção para o facto de que a consciência da morte não é algo inato e sim resultado de uma consciência que capta o real, isto é, é só por experiência que o ser humano sabe que irá morrer um dia. A morte humana, segundo ele, é um conhecimento do indivíduo que vem sempre do exterior, isto é, é um conhecimento aprendido, o que favorece uma atitude surpresa diante de cada fim de uma vida.

Nesta perspetiva da morte como algo aprendido, Morin (1997) cit. por Coelho & Falcão (2007), ressalta que as pessoas cada vez mais dão à morte um sentido ocasional (doenças, infeções, acidentes) para este fenómeno, o que revela uma tendência grupal de não reconhecer a dimensão necessária que a morte apresenta como necessidade para a continuação da espécie. É nesta perspetiva que o autor defende a importância de se trabalhar mais temas considerados como tabu (como é o caso da morte e da sexualidade) na nossa sociedade, no intuito de formar cidadãos mais críticos e pensadores dos problemas sociais no planeta e que saibam articular diferentes culturas.

Por tradição cultural, familiar ou mesmo por investigação pessoal, cada um de nós traz dentro de si a sua própria representação de morte. A experiência mostra que o medo é o responsável psicológico mais comum diante da morte. “Nenhum ser humano está livre do medo da morte e todos os demais medos existentes estão, de alguma forma, relacionados a ele”, afirma Kovács (1992) cit. por Coelho & Falcão (2007, p.3).

Num estudo, com alunos de medicina, efetuado por Coelho & Falcão (2007), acerca das representações sociais da morte, à pergunta “*o que é a morte?*” os inquiridos dividiram-se em seis respostas principais, sendo elas: “a morte é inevitável (evento natural); sentido religioso da morte (continuidade dos planos divinos); explicação científica sobre a morte (desgaste celular, trocas e homeostase do planeta); a morte é um mistério (evento inexplicável); o sofrimento com a morte (tema doloroso); a finitude orgânica com a morte (finitude carnal) ”.

À Morte, são atribuídos vários significados e explicações que advém das nossas experiências, da nossa cultura e da sociedade em si.





## 2. O SENTIDO DA VIDA

Toda a pessoa procura encontrar um sentido para a sua experiência de viver.

Bettinelli (2004, p.103) afirma que “A vida deixa ao nosso critério, a atitude que assumimos. Em nossa vida há sempre algo em aberto. E todos nós estamos a vida toda em estado de expectativa ...por isso, o sentido da vida não pode ser dado, nem prescrito – deve ser reconhecido e encontrado”.

Uma das palavras hebraicas para o sentido é *biynah* (*bee-naw*), que significa compreensão, conhecimento, sentido, sabedoria. Vem da raiz da palavra *biyn* (*bene*), significando separar mentalmente. Borneman & Brown-Saltzman( 2001, p.416).

Zohar & Marshall (2004, p.16) referem que “os seres humanos são essencialmente criaturas espirituais, porque somos levados pela necessidade de fazer perguntas ‘fundamentais’ ou ‘essenciais’...somos conduzidos, na verdade definidos, por um desejo especificamente humano de encontrar sentido e valor naquilo que fazemos e sentimos”.

A análise existencial ou logoterapia, segundo Lima & Santa Rosa (2008, p.548), citando Frankl (1995) tem origem na palavra grega *logos* que significa sentido. Esta é a terapia através do sentido, que se baseia na procura de significados da existência do ser humano e nesta, o homem é livre, responsável, tem a consciência da sua responsabilidade, busca um sentido para a sua vida e possui um Deus inconsciente dentro de si.

Segundo a análise existencial, a vida tem um sentido a partir do momento em que somos postos no mundo, cabendo a cada um de nós descobri-lo no seu interior. O sentido da vida é alcançado quando é encontrado um conteúdo significativo para a nossa existência e acontece através da realização de valores, e estes aparecem quando a pessoa preenche positivamente o vazio no qual se encontra. (Lima & Santa Rosa, 2008)

Na opinião de Neto, Aitken & Paldrön, (2004) como todos queremos a felicidade, tudo o que para ela contribui faz naturalmente sentido. Logo, dar sentido à vida consiste sobretudo em dar sentido ao sofrimento. Para o conseguirmos, temos de ultrapassar a enorme resistência que opomos ao sofrimento e a revolta que ele nos inspira.

Para Tiedemann o sentido da vida constitui um questionamento filosófico a cerca do propósito e significado da existência humana. Segundo este autor ela demarca então a "interpretação do relacionamento entre o ser humano e seu mundo". Wikipédia n.d.

Para Lima & Santa Rosa (2008, p.549), “ as pessoas tornam-se plenas de fé e esperança na vida, quando acreditam num sentido, porém é no sentimento de angústia intensa que a fé aparece, e ela é a esperança num futuro e faz emergir o sentido da vida “

Relativamente à esperança, Querido (2005, p.15) afirma que “ é atribuído um poder terapêutico: sendo mais forte que o otimismo, é um mecanismo de “*coping*” importante, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual.”

Podemos dizer que o sentido da vida surge de uma construção eminentemente individual, pois cada um de nós dá o sentido que lhe cabe. A conceção de qual é a finalidade da vida irá variar de pessoa para pessoa (ou entre grupos) segundo as circunstâncias, possibilidades, conceções, costumes e sonhos de cada um. Assim, o sentido não é universal, mas individual, não é adquirido mas sim construído.



### 3. O CUIDAR E A SUA EVOLUÇÃO

O cuidar sofreu ao longo dos tempos muitas alterações com a evolução das civilizações.

Existe a ideia que o “tratar” é a cuidar ou que cuidando se trata, evoca um erro de simplismo, uma vez que «cuidar» e «curar» são duas atitudes diferentes (Serrão & Nunes, 1998).

Para Pacheco (2004), o “Cuidar”, representa a intervenção de forma expressiva, preocupada e humanizada sobre a pessoa, para além de todos os cuidados de saúde exigidos pela doença em si.

Já “tratar”, implica “a prestação de cuidados técnicos e especializados dirigidos apenas à doença e que têm como principal finalidade “reparar” o órgão ou órgãos doentes, (...), e obter a cura” (Pacheco, 2004, p. 28).

Leininger (1988) autora da Teoria do Cuidado Cultural, enfatizou que o cuidar é culturalmente relativo e que os enfermeiros devem considerar os valores culturais, as crenças e os estilos de vida dos seus doentes para que o cuidado tenha eficácia. Segundo esta teórica de Enfermagem, valores culturais são forças diretivas culturais que dão ordem e guiam os pensamentos e ações das pessoas sobre a vida.

Cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas. Os homens e as mulheres esforçam-se por sobreviver, desde o início da história da humanidade, como escreve Collière (1989, p. 235) “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro de tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita e atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”. É em torno desta imperiosa necessidade de tomar conta da vida, ou seja, de fazer o indispensável para que a vida continue, que nasceram e se desenvolveram todas as maneiras de cuidar, que geraram crenças e modos de organização social. Durante muitos anos, os cuidados não pertenciam a um ofício e muito menos a uma profissão. Pertenciam a qualquer pessoa que ajudasse outra em tudo o que fosse necessário para continuar a sua vida, como diz Collière (1989).

Esta tarefa era outrora deixada ao padre enquanto “Guardião das tradições, de tudo o que contribui para manter a vida (...). Ele intercede, tenta expulsar o mal, velando para assegurar as forças benéficas por rituais de oferendas, de encantamentos e de sacrifícios. (...) adquire progressivamente o direito de designar e de cortar do grupo qualquer

suspeito de ser portador do mal: seja porque têm a marca dos sinais tangíveis (leproso), (...), um mal pernicioso oculto (ciganos, judeus, heréticos, feiticeiras, vagabundos, mendigos, loucos...)” Collière, (1999, p. 30).

Com o surgimento da medicina, o padre foi substituído pelo médico, enquanto descritor do mal. Os médicos aparecem então como técnicos especialistas na identificação e extração de sinais e sintomas indicadores de um mal, de que o doente é portador, tentando reduzi-lo e isolá-lo (Collière, 1999).

Surge a sobrevalorização da medicina e uma redução do ser humano a um diagnóstico ou a um órgão doente pois o médico:

“Pode constatar sinais clínicos exteriorizados, como pode ver e interpretar o que se passa no interior do corpo do doente, enquanto que aquele que se queixa do mal, que sente os seus efeitos, não pode ver o que se passa no seu próprio corpo. O portador do mal, cada vez mais, faz corpo com o próprio mal, a ponto de ser confundido com ele e se tornar “uma tuberculose”, “um cancro”, ou na melhor das hipóteses o órgão atingido: “um fígado”, “um baço”, “uma medula” (Collière, 1999, p. 31).

Surge assim a medicina intensiva, aquela que só visa a cura e não aceita que não haja solução para o diagnóstico. Ressalta a importância, assim a diferenciação entre tratar e o cuidar, em que o segundo olhar para a pessoa como um todo e não apenas como um diagnóstico isolado com ou sem perspectiva curativa.

Com os cuidados paliativos, surge o privilégio no «Cuidar», que se justifica por considerar o ser humano, enquanto um ser total constituído corpo, mente e espírito – que independentemente da sua doença ou da proximidade do seu fim de vida, é cuidado com a máxima dignidade (Anjos, 1998).

Os cuidados de enfermagem estão direcionados para o cuidar da pessoa numa grande variedade de situações relacionadas com a saúde, durante o seu ciclo vital. Este cuidar abrange papéis significativos na educação para a saúde e na prevenção de doenças, bem como no cuidar individual. Como refere Collière (1989, p.235), cuidar “ é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas, é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa ”.

Cuidar, é olhar o outro como alguém igual a nós e não como um moribundo que nos faz perder tempo útil para tratar dos outros doentes ou para preencher mais algum papel, como escreve Raposo (2003, p.95), “cuidar, é quando o nosso olhar repousa no olhar do

outro, quando a nossa mão encontra a mão do outro, quando o nosso sorriso abre um sorriso no outro. Cuidar, é estar com o outro, mesmo quando o outro, aparentemente, já não está connosco. Cuidar é ajudar o outro a morrer, caminhando a seu lado nos últimos momentos da sua vida”.

Para Cerqueira (2010), um outro significado do cuidar está intimamente ligado à forma como uma comunidade percebe e o exerce, atendendo às suas crenças, valores, culturas entre outros aspetos.

Como salienta Pacheco (2004), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa, ao longo de todo o ciclo vital, procurando prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença.

A enfermagem como ciência e arte do cuidar, assenta na relação enfermeiro/ doente, tal como diz Collière (1989, p.155) «*cuidar é aprender a ter em conta dois “parceiros” dos cuidados: o que trata e o que é tratado*». Entendemos então que o modelo de cuidados preconizado pelos cuidados paliativos é construído e baseado no conceito de relação, o qual concebe o doente como integrado e não fragmentado.

Segundo SFAP (1999, p.50), “ para além de toda a renovação que traz à pratica medica e do cuidar, o movimento dos cuidados paliativos surge também como um espaço de ritualização do morrer, participando na criação de um novo ritual, especifico do nosso final de século XX, que pode não só melhorar o acompanhamento dos doentes em fim de vida, como também devolver à morte o lugar que lhe tem sido negado pela nossa sociedade.

A maioria dos profissionais de saúde está mais motivada para tratar a pessoa doente, esquecendo a importância do cuidar, neste sentido os cuidados perante o processo de morrer tem e fazer parte do quotidiano das equipas de enfermagem, e estas devem ser sensibilizados para a temática da morte na sua formação académica.



#### **4. A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO PERANTE A PESSOA EM PROCESSO DE MORRER**

No contexto do cuidar de doentes em fim de vida, o processo de morrer surge como uma experiência singular, que ao longo dos tempos tem sofrido transformações de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de pessoa para pessoa.

Os profissionais de saúde confrontam-se no seu dia-a-dia com este acontecimento – o da Morte. Devido à natureza dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros lidam de uma forma mais direta o processo de morte dos doentes, mas também com o processo de luto das suas famílias.

O luto é uma experiência pela qual todos os indivíduos passam, pelo menos uma vez durante a sua vida. É sempre um processo difícil e doloroso, pois nem sempre o ser humano está preparado para lidar com as perdas. O luto é uma reação inerente à condição humana e representa a resposta à perda de algo ou de alguém. Neste processo estão incluídos um conjunto de sentimentos, que implicam mais ou menos tempo até serem resolvidos, dependendo da situação, do contexto e da pessoa em particular.

A morte de um doente causa um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que o cuida. A vivência do stress pelo contacto constante, com a possibilidade e a ocorrência da morte, pode ser pensada como uma vivência de um “luto do profissional” em relação aos doentes e ao contexto.

O modo como o enfermeiro compreende o conceito de morte e a forma como relaciona este conceito com a sua própria existência, as suas vivências pessoais e ou perdas anteriores influenciarão a sua atuação perante a morte de um doente em fim de vida, podendo manifestar dificuldades pessoais de adaptação ao processo da morte.

Segundo Loff (2000), as dificuldades na relação com os doentes em fase final de vida, que condicionam a interação junto deles, podem estar associadas a três aspetos, como a falta de formação, a incapacidade para lidar com os seus próprios medos e a instabilidade emocional da equipa de saúde. Não há dúvida, que para os enfermeiros e outros profissionais de saúde é difícil lidar com a morte, pois esta representa o fracasso perante o objetivo de curar, objetivo para o qual normalmente estes profissionais foram

preparados. O constante contato com estas derrotas tem um peso psicossocial e é um dos maiores riscos dos técnicos que cuidam de doentes sem perspectiva curativa.

A situação da pessoa em fim de vida e família, bem como o seu sofrimento, sendo esta pertença da condição da vida humana, cria situações de grande complexidade aos enfermeiros geradoras de relações superficiais e atitudes de evitamento. (Cerqueira, 2010, p.54)

O envolvimento no processo de morte está intimamente relacionado com o tempo de permanência do paciente durante o internamento, o que contribui para que o sofrimento do enfermeiro que o cuida, se torne mais intenso com a morte dos pacientes que permanecem mais tempo hospitalizados, com os quais consequentemente se forma um maior vínculo. (Sousa, Soares, Costa, Pacífico, & Parente, 2009)

A mesma opinião é partilhada por Frias, (2008,p.62) quando nos diz: “ A longa duração dos internamentos e a inexorabilidade da forma como terminam são fatores que contribuem para o desenvolvimento da afetividade entre os enfermeiros e a pessoa em fim de vida. Muitas vezes também a tristeza dos familiares dos doentes afeta os enfermeiros – é uma tristeza muito angustiante!”.

Por outro lado, segundo Sousa *et al* (2009), por estarem intimamente envolvidos com o paciente de quem cuidam, os enfermeiros podem ver a morte como um alívio para o sofrimento da pessoa, uma vez que por mais que os enfermeiros sofram com a morte dos seus pacientes, estes também não se sentem à vontade em visualizar diariamente o sofrimento dos pacientes sem possibilidades curativas.

De acordo com Saraiva (2007, p.29), os enfermeiros contactam frequentemente com a morte, defendendo que o “contacto com a morte ou com o processo de morrer desperta uma inevitável resposta específica (...) tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la e negá-la”.

As rotinas dos serviços e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeiro são obstáculos à humanização, à personalização dos cuidados e à dignidade no fim de vida, tal como afirmam Shattell (2004); Picombe et al. (2003); Ellershaw et al. (2003), citados por Sapeta & Lopes,( 2006,p.50).

Para Oliveira (2008, p.34) a morte provoca um grande impacto na identidade pessoal e profissional de toda a equipa que lhe prestou cuidados. Este processo de encarar a morte é vivido com *stress*. A forma como os enfermeiros compreendem o conceito de morte

está ligado a vivências pessoais de perdas anteriores, dentro e fora do seio profissional, o que poderá influenciar a sua atuação perante a morte, dado não ser imune à perda e ao luto, permitindo ao próprio ter a oportunidade e espaço de sofrer quando necessário, a fim de manter uma mente sã e capaz de prestar cuidados ao utente.

Segundo um estudo realizado por Sousa *et al* (2009), os enfermeiros demonstraram uma grande ansiedade em lidar com a morte, procurando nega-la uma vez que esta se constitui um fenómeno doloroso e difícil. Os enfermeiros são os profissionais que estão mais em contacto com os utentes, tendo por isso que lidar mais de perto com o processo de morrer e o fim de vida.

#### 4.1. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERANTE O PROCESSO DE MORRER

Segundo Pacheco (2004, p.28), “cuidar” é prestar atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo, antes de tudo, que este é uma pessoa. No cuidar nunca são esquecidos os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais que aquela pessoa doente precisa, para além de todos os cuidados que a sua doença em si exige”.

Para Lopes, (2010, p.64), o ato de cuidar ajuda os profissionais de saúde, bem como a pessoa que cuidam a afirmarem-se. Requer uma reflexão, uma intencionalidade, uma ação e uma procura de novos conhecimentos, que os ajudarão a descobrir novos meios do processo de cuidar durante a experiência de saúde/doença, esperando-se resultados positivos e benéficos para ambos.

O conceito de cuidar não deve ser reduzido a uma definição única pois segundo Baltar & Bensunsan (1998, p.24) “(...) é algo que se vai aprendendo, dando-lhe cada um dos jogos relacionais, que se estabelecem entre o enfermeiro e o utente uma forma diferente na medida em que nenhuma relação é igual à outra, o que acontece mesmo quando os atores se mantêm mas os palcos são diferentes.”

Na opinião de Sorensen & Luckman (1998, p.6) “A enfermagem tem sido praticada desde o início da história do Homem, a partir do momento em que a primeira pessoa cuidou de outra doente ou ferida.”

Para King (1981) o foco de enfermagem é cuidar de seres humanos, em que surge a interação enfermeiro - pessoa doente.

Para Florence Nightingale segundo Sorensen & Luckman, (1998, p.7) tratava-se de filosofia de enfermagem holística, que incluía cuidados globais. “(...) dizia que as enfermeiras deviam cuidar da pessoa no seu todo, e não apenas na doença, o que significava que a enfermeira deveria ter em conta a pessoa e o seu ambiente.(.). Ela não queria uma enfermeira que entendesse a pessoa somente como “a fratura”, a “ferida de bala” ou a “febre” mas antes, como um ser humano com uma doença.”

No contexto de doença crónica do doente em fim de vida temos sempre a presença inoportuna da dor, do sofrimento e da perda, que nos provocam profundamente como seres humanos e como enfermeiros. Consideramos, sem dúvida, que esta é uma das situações mais críticas dos cuidados, que se colocam aos profissionais de saúde, porque é marcada por dor e sofrimento intoleráveis.

A pessoa em fim de vida necessita de cuidados que estão orientados para as alterações que surgem a nível biológico, social e espiritual. No fim da vida e com a impossibilidade da cura da doença, o processo de cuidar assenta, essencialmente, no acompanhamento e no conforto (Pacheco, 2004).

É muito frequente ouvir doentes que verbalizam, que não temem a morte, mas sim a dor e o sofrimento, como refere Salazar (2003, p. 10): “são muitos os que temem uma agonia interminável como nos costumam dizer – a morte não tem problema mas sofrer não. Referem-se (...) aos sintomas físicos mal ou não controlados, mas também ao abandono, à solidão, à falta de respeito pela pessoa doente mesmo quando está já no final do seu tempo de vida”

Quando confrontados com a doença grave e com a morte, os enfermeiros tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adotando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes que são designadas de mecanismos de defesa.

Segundo Rosado (1991), do confronto com a morte e o cuidar em fim de vida surgem frequentemente mais problemas psicológicos do que físicos sendo alguns: fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia são alguns dos reconhecidos. Porém, os mais apontados são: pensamentos involuntários dedicados ao doente, sentimentos de impotência, choram e sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Como consequência destas atitudes, registam-se: absentismo, desejo de



mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança.

O processo de morrer, suscita-nos os mais variados sentimentos como a perda, a dor, a angústia o *stress* e estes permeiam o estar com alguém que vivencia este processo. O encontro com aquele que está a morrer, no momento da sua morte, faz-nos refletir que o presente se esgota em si próprio e é fugaz, exigindo de nós mostrar-nos quem somos.

Face ao sofrimento do doente em fim de vida, os enfermeiros que prestam cuidados sentem-se impotentes e por causa deste sentimento, impõem-se o silêncio, àquele que sofre de quem o profissional se quer proteger de diferentes formas, utilizando para isso mecanismos como a fuga, a denegação resguardando-se atrás de gestos técnicos, ou mesmo de um discurso de superioridade intelectual, inibindo o desencadear de carinho que destrói o carácter íntimo. Cada uma destas atitudes contribui para que exista um afastamento de uma experiência profunda e íntima. (Frias, 2003)

Na perspetiva de Neves, Pavan & Lannebere, (2000, p.24) ” Os enfermeiros exprimem muito bem sentimentos ao dizerem que também cuidam com o coração. O risco de cansaço profissional é tanto maior quanto a parte de afetividade comportada pela relação entre o que é cuidado e aquele que cuida.”

Para além de lidar com o sofrimento do doente, o profissional de saúde tem de apoiar a família, e lidar ao mesmo tempo com os seus sentimentos próprios como a angústia e o medo. (Lopes, 2002)

O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que mantém uma relação mais próxima com o doente, não só por permanecer nos serviços cuidados de saúde durante um período mais longo, mas também porque é ele que presta cuidados diretos ao utente.

Deste modo, o enfermeiro é geralmente o elo de ligação entre o doente e a restante equipa de saúde, transmitindo muitos pormenores de interesse relativos ao doente. Tem também um papel importante no âmbito dos cuidados paliativos, junto do doente em fase terminal, sendo o que mais pode apoiar numa fase tão difícil como é o término de uma vida.

Em cuidados paliativos está implícito o cuidar do outro, uma vez que a finalidade primeira destes consiste em promover o conforto do doente, embora, como diz Twycross (2001, p.16) “eles se estendam muito para além do alívio dos sintomas”. Assim, o cuidar desenvolve-se numa perspetiva relacional, embora muitas vezes os

enfermeiros confessem dificuldades na relação de ajuda, nomeadamente no envolvimento do doente e família no ato de cuidar.

Cuidar do doente paliativo, quer seja doente oncológico ou não, implica conhecer não só a patologia, mas também saber lidar com os sentimentos do outro e com as suas emoções perante a doença, com ou sem possibilidade de cura.

Na opinião de Cerqueira (2005, p.58) “É imprescindível que o enfermeiro abandone o modelo biomédico de cuidar em saúde, ou seja, que o seu foco de atenção não seja o órgão doente mas veja o doente paliativo como um todo (...)”

Para Figueiredo citado por Marinho & Arán (2011, p.17), a função de um cuidador envolve “nenhum fazer, mas apenas um deixar-se e deixar-acontecer, o que equivale à ação de não impedir que algo seja e aconteça – é a de abrir espaço ausentando-se, conservando-se em reserva”. Isto significa estabelecer limites para a ação – o que é feito e o que pode ser feito – de maneira que os fazeres não se confundam com poder e domínio.

Neste âmbito, os enfermeiros têm um papel essencial no apoio ao doente e família durante o processo de doença, nas crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais. Existe um desafio especial inerente aos cuidados de doentes paliativos, pelo significado da doença, muitas vezes associada à dor e morte.

## **CAPÍTULO 3 – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA**



Neste capítulo apresentamos a problemática e as opções metodológicas.

## 1. PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO

A problemática da morte e do processo de morrer é um desafio colocado a todos os profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, onde a humanização e o respeito são pedras basilares. Consideramos também importante “entrar” no campo dos sentimentos dos enfermeiros que cuidam, bem como, na sua perceção de vida enquanto pessoa.

O enfermeiro ao longo da sua formação é treinado para manter a vida, começando a deparar-se com a morte ao longo da sua atividade profissional, provocando experiências por vezes, de grande intensidade a nível emocional e sentimental. Rosado (1993) e Abiven (2001), referem que os enfermeiros no início da sua carreira, sentem que a sua formação de base não os preparou de forma eficiente para a prestação de cuidados aos doentes em processo de morrer.

Na sociedade contemporânea a desumanização e despersonalização da morte são uma realidade efetiva, ou seja a medicalização, o tecnicismo, a crença na imortalidade, rouba naturalidade ao processo de morrer tornando-a num acontecimento oculto e silencioso. Assim, é percebida pelos enfermeiros como um fracasso, despertando sentimentos de impotência, procurando muitas vezes o evitamento. Com a evolução da ciência e da técnica, cada vez mais se recorre às instituições de saúde, sendo nestas, que na maioria dos casos a morte acontece, provocando pouca autenticidade neste processo de morrer.

Moreira & Lisboa (2006), realizaram uma revisão bibliográfica com objetivo de refletir sobre as consequências da institucionalização da morte nos enfermeiros que lidam diariamente com ela. Concluíram que a visão da morte tem vindo acompanhar as mudanças que ocorrem no sistema capitalista em que vivemos e a sua institucionalização acarretou sérias consequências para todas as pessoas em geral, mas nomeadamente, para o profissional da saúde.

O estudo efetuado por Loureiro & Moniz (2011), a 86 enfermeiros que trabalhavam em Cabo Verde, tinha como objetivo: *avaliar a ansiedade e atitudes dos enfermeiros perante a morte*, concluíram que a ansiedade é elevada nos enfermeiros, e que o medo era evocado sempre que a morte estava presente. O mecanismo de defesa mais utilizado pelos enfermeiros era o evitamento, e a aceitação surgia como escape ou seja era

preferível a morte do doente do que este estar num estado de sofrimento e dor insuportável.

Por sua vez Sousa *et al* (2009), realizaram um estudo qualitativo exploratório e descritivo com o objetivo de descrever e analisar as vivências do enfermeiro no processo de morte e de morrer dos pacientes oncológicos, numa amostra de 10 enfermeiras. Concluíram que os profissionais de enfermagem demonstraram uma grande ansiedade em lidar com a morte procurando nega-la já que se tratava de um fenómeno doloroso e de difícil aceitação.

De referir também, o estudo realizado por Quintana, Kegler, Santos, & Lima (2006), que teve como objetivo compreender como, as equipes de saúde definem e vivenciam o paciente terminal, trata-se de um estudo qualitativo com recurso a pesquisa etnográfica e observação não participativa em unidades de hemato-oncologia e de infeciologia de um hospital brasileiro. As conclusões deste estudo apontam para a existência de dificuldades por parte dos profissionais de saúde em lidar com doentes terminais, assim como comunicar com os doentes em processo de morrer. Ressaltam a necessidade da realização de formação para a equipa de saúde no sentido de proporcionar um espaço reflexivo e de entendimento, facilitando os sentimentos e emoções suscitadas perante a morte.

Ressaltamos também o estudo de Frias (2008) “O enfermeiro com a pessoa em fim de vida na construção do cuidar”, que teve como objetivo descrever e analisar os estudos empíricos que focavam os cuidados a pessoa em fim de vida. Foram pesquisados 17 artigos, e através da análise Frias (2008), concluiu que estes estudos alertavam para a importância de se identificarem necessidades das pessoas em fim de vida, bem como, a participação dos doentes e familiares de uma forma ativa na construção dos cuidados de enfermagem. No que se refere aos enfermeiros, foi identificada a necessidade de uma maior aproximação destes aos doentes, e a necessidade de aprenderem a gerir as emoções.

Frias (2008) refere vários estudos, como o de King *et al.* (2002), realizado nos Estados Unidos, numa amostra de 24 enfermeiros que trabalhavam em serviços de oncologia e tinha como objetivo *conhecer a perspetiva dos enfermeiros acerca das necessidades dos doentes em fim de vida*. Estudo de natureza qualitativa, concluiu que o cuidado de enfermagem assentava sobretudo no controle de sintomas da doença.

Ainda frisando estudos citados por Frias (2008), sublinhamos também o estudo realizado por Wong *et al.* (2000), no Japão de cariz fenomenológico, com uma amostra de 77 enfermeiros e com objetivo de solicitar aos participantes que referissem por escrito os incidentes críticos ocorridos durante as suas práticas. Os dados encontrados neste estudo dizem respeito às dificuldades ocorridas durante a prática dos enfermeiros: em que a morte tem impacto no enfermeiro, despoletando neste medo, frustração e ansiedade, levando à difícil interação e consequente prestação de cuidados à pessoa que está a morrer. De referir também, o estudo realizado por Lopes (2004), que se trata de um estudo qualitativo, numa amostra de 13 enfermeiros, com objetivo de encontrar o significado do lidar a pessoa em fim de vida na perspetiva dos enfermeiros que prestam cuidados a estes doentes. Com este estudo Lopes (2004) concluiu que o acompanhamento à pessoa em fim de vida causa desgaste e cansaço pessoal, pois o enfermeiro envolve-se com o doente em fim de vida a fim de o ajudar, minimizando a dor e o sofrimento da pessoa. Como por vezes os cuidados não correspondem às expectativas do doente e da família, o enfermeiro adota mecanismos de defesa perante os familiares, no entanto incentiva-os a participarem nos cuidados ao doente e a estarem presentes no momento da morte.

O estudo qualitativo realizado por Susaky, Silva & Possari (2006), num hospital de São Paulo, com uma amostra de 13 enfermeiros, com objetivo de verificar se estes conseguiam identificar as cinco fases do processo de morrer descritas por Elisabeth Kubler – Ross nos seus pacientes, concluiu que a aceitação a negação e a depressão eram mais frequentemente percebidas pelos enfermeiros e que as dificuldades enfrentadas por este quanto à temática, advém da existência de uma lacuna entre a formação profissional e a manutenção da sua prática e suporte na instituição de saúde.

O estudo de natureza qualitativo realizado por Kuster & Bisogno (2010), numa instituição hospitalar do Rio Grande do Sul no Brasil, a uma amostra de 9 enfermeiros. Concluiu que há necessidade da criação de espaços de discussão para os enfermeiros, em torno da temática morte a fim de possibilitar o confronto com a morte e melhorar o atendimento aos pacientes terminais assim como das respetivas famílias.

As unidades de cuidados continuados de longa duração, são unidades que cuidam frequentemente doentes em fim de vida, tendo por isso os enfermeiros que aí trabalham de lidar com o processo de morrer dos doentes, assim e de acordo com o até aqui exposto emerge a questão central que orienta esta pesquisa: Como experiencia o

processo de morrer o enfermeiro em Cuidados Continuados? com o objetivo geral conhecer *as experiências dos enfermeiros em cuidados continuados frente ao processo de morrer de um doente*, com a finalidade de contribuir para a mudança/ inovação, ou melhoria das práticas dos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morrer, preservando a dignidade na morte.

É neste contexto que o presente estudo se insere, visando contribuir para a mudança ou melhoria das práticas do cuidar do doente em processo de morrer, preservando a dignidade na morte. Colocaram-se questões orientadoras, tais como: Quais as representações dos enfermeiros dos cuidados continuados sobre o processo de morrer; Que sentimentos e emoções experienciam? Qual a influência do processo de morrer nos enfermeiros numa unidade de cuidados continuados? Que estratégias utilizam para lidar com o processo de morrer?

Traçamos como objetivos específicos:

- ✓ Identificar as representações que os enfermeiros possuem sobre o processo de morrer;
- ✓ Identificar os sentimentos e emoções experienciados pelos enfermeiros perante o processo de morrer;
- ✓ Identificar a influência que o processo de morrer tem nos cuidados prestados pelos enfermeiros;
- ✓ Identificar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para lidarem com o processo de morrer;



## 2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Face à problemática do estudo, às questões de investigação e aos objetivos do estudo, optamos por um estudo de natureza qualitativa. Pensamos que uma abordagem de cariz qualitativo é a mais adequada, pois como defende Benoliel citado por Sousa (2006, p.21) “a pesquisa qualitativa é caracterizada como modos de inquisição sistemática preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmos e com seus arredores”. Salientamos que este estudo, debruça-se sobre pessoas com experiências próprias, envolvidas num contexto específico. Segundo Fortin (1999, p.148) “o investigador não se coloca como perito, dado que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata.” Este reconhece a intersubjetividade que se encontra presente na relação com o objeto, pois ambos são dotados de características que os tornam singulares e das quais eles dificilmente se conseguem dissociar.

Quivy & Campenhoudt (1992) referem que a metodologia qualitativa tenta captar os fenómenos de uma forma holística, dando um contributo para a compreensão dos fenómenos nos seus contextos

Como referem Bogdan & Biklen (1994, p.70) “o carácter flexível deste tipo de abordagem permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspetiva pessoal em vez de se moldar a questões previamente elaboradas,” como também “o objetivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiência humanos”.

Consideramos assim, que a utilização da metodologia permite aproximar-nos das situações sociais, descrevendo-as e compreendendo-as a partir das opiniões das pessoas envolvidas nas situações. Os sujeitos interagem com outros elementos do contexto social, tendo como base o significado e o conhecimento que têm de si mesmos e da realidade.

### 2.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo é um estudo de caso, uma vez que pretendemos compreender as experiências de um grupo de enfermeiros no seu contexto real de trabalho. Segundo Coutinho & Chaves (2002), quase tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, ou uma comunidade. Da mesma

forma, Ponte (2006, p.2), refere que: “É uma investigação que se assume como particularista, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”

Deste modo, trata-se de uma abordagem metodológica de investigação adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidas diversas condições.

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO DE PESQUISA

O terreno de pesquisa diz respeito a uma Unidade de Cuidados Continuados de longa duração, situada em Forjães no distrito de Braga, concelho de Esposende. A Unidade de Longa Duração e Manutenção abriu em Junho de 2011, tem capacidade para 31 utentes e presta cuidados de saúde e apoio social a pessoas com doença crónica em diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Esta Unidade tem como objetivo geral, manter e melhorar a funcionalidade dos seus utentes e proporcionar-lhe suporte médico, de enfermagem e de reabilitação, 24 horas por dia e durante 7 dias por semana, tendo como finalidade recuperar autonomia, adaptar à incapacidade, reintegrar o utente no seio familiar ou Instituições de Apoio. Os utentes são admitidos mediante referência feita pelas Equipas de Gestão de Altas Hospitalar e pelas Equipas de Coordenação Local, em articulação com a Equipa de Coordenação Regional do Norte, mediante os critérios estabelecidos. Segundo o relatório anual desta unidade entre o período compreendido entre Junho e Dezembro de 2012, estiveram internados 92 utentes com uma distribuição por sexo de 52,2% utentes do sexo feminino e 47,8% utentes do sexo masculino e a maioria apresentava patologias do foro cardiovascular, neurológico, respiratório, oncológico, tegumentar e metabólico.

É composta por áreas funcionais que constituem a estrutura orgânica do edifício. Está estruturada em 3 pisos, sendo cada um constituído da seguinte forma: no piso zero temos as áreas de apoio (cozinha, vestiário, refeitório dos funcionários, Wc dos funcionários, lavandaria), a área da Fisioterapia, o gabinete médico e o WC de Fisioterapia. No piso 1 situam-se a receção/ secretaria e uma área de internamento com 16 camas um WC dos funcionários, o WC dos visitantes, a sala de enfermagem o gabinete médico, a sala de tratamentos, a sala de despejos, a sala de sujos, a sala de

arrumos o local de Stock de material, a sala de roupa limpa e a sala de convívio/refeitório. No piso 2 à semelhança do piso anterior existe outra área de internamento com 15 camas, o WC dos visitantes, a sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala de despejos, uma sala de sujos, a sala de arrumos a sala de roupa limpa e a sala de convívio/ Refeitório.

### 2.3.POPULAÇÃO EM ESTUDO

Depois de delimitado o problema, surge a necessidade de definir a população sobre qual incidirá o estudo, Fortin (1999, p.202) define população como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” Assim sendo, foi considerada como população integrante do nosso estudo os enfermeiros.

Após definirmos a população, teremos de identificar a população alvo, que segundo Fortin (1999, p.202) “é constituída pelos elementos que satisfaçam os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigação deseja fazer generalizações”

Deste modo, definimos como população alvo para do nosso estudo: os enfermeiros que desempenhem as suas funções numa Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração. A escolha da população alva, prendeu-se com o facto dos enfermeiros que desempenham funções nestas unidades, lidarem mais com doentes em fim de vida.

A população de enfermeiros estudada foi constituída por 14 enfermeiros, tendo sido excluídos do estudo a enfermeira chefe, por não estar diretamente ligada aos cuidados ao doente.

Os entrevistados serão identificados através de um código e atribuído a cada entrevista que irá do número um ao número catorze.

Apresentamos de seguida um quadro com os dados que caracterizam a nossa população em estudo.

**QUADRO Nº1- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA**

<b>Código</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de serviço na unidade</b>	<b>Percurso profissional</b>
<b>E1</b>	F	29	1 ano e 6 meses	3 Anos Hospital Santa Maria serviço de Cirurgia plástica; 3 anos Hospital de Braga Serviços de Cirurgia, Gastro e Ortopedia acumula na UCC
<b>E2</b>	F	30	1 Ano e 6 meses	3 Anos num Lar; 3 anos hospital de Braga serviço de medicina acumula na UCC
<b>E3</b>	M	28	1 Ano e 6 meses	4 anos numa clínica de hemodialise acumula na UCC
<b>E4</b>	F	24	3 Meses	1º Emprego
<b>E5</b>	F	26	1 Ano e 6 meses	Clínica; Lar e acumula na UCC
<b>E6</b>	F	31	1 Ano e 4 meses	1º Emprego
<b>E7</b>	F	23	1 Ano	1º Emprego
<b>E8</b>	F	34	1 Ano e 6 meses	1º Emprego laboratório de análises
<b>E9</b>	F	24	1 Ano	1 Ano no Centro de saúde
<b>E10</b>	F	28	1 Ano e 6 meses	4 Anos na Fundação Lar santo António
<b>E11</b>	F	27	1 Ano e 4 meses	1º Emprego
<b>E12</b>	F	30	1 Ano e 6 meses	Policlínica; hospital de São João e acumula na UCC
<b>E13</b>	F	28	1 Ano e 6 meses	1 ano Hospital privado Guimarães; 2,5 anos ULSAM serviço de medicina acumula na UCC
<b>E14</b>	M	31	1 Ano e 2 meses	Pré hospitalar e Cruz Vermelha acumula na UCC

Como podemos constatar ao analisar o quadro nº1, dos 14 enfermeiros a maioria é do sexo feminino, correspondendo a doze elementos, só dois elementos são do sexo masculino. As idades compreendidas da nossa amostra estão entre os 23 e os 34 anos, tratando-se portanto de uma equipa jovem. Relativamente ao percurso profissional, para 6 destes enfermeiros esta unidade é o primeiro emprego, enquanto os restantes 8 têm experiência profissional em outras áreas como área hospitalar (serviços de cirurgia, gastroenterologia e medicina), cuidados de saúde primários, hemodiálise, área de geriatria e emergência pré-hospitalar, onde 6 destes elementos continuam a acumular funções nestes serviços e na unidade. Relativamente ao tempo de serviço na unidade, dez destes enfermeiros iniciaram funções a cerca de um ano e meio que corresponde ao início de funcionamento desta unidade, uma das entrevistadas trabalha à três meses na unidade e os restantes variam entre um ano e um ano e dois meses.

#### 2.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Após uma pesquisa aprofundada sobre os métodos de recolha de dados existentes, decidiu-se como instrumento para a recolha de dados do nosso estudo a entrevista. O instrumento de recolha dos dados é o utensílio ou equipamento utilizado pelo investigador para obter os dados necessários para levar a cabo a sua investigação. (Gil,1991)

Os dados podem ser colhidos de diversas formas, cabe ao investigador escolher os tipos de instrumentos de medida que melhor se adequem aos objetivos do estudo e às questões de investigação colocadas. Refere Fortin, (1999, p.240) “antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se, se a informação que quer colher, com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exatamente a que tem necessidade para responder aos objetivos da sua investigação”.

Para Fortin (1999, p. 245) “a entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.” Ainda, segundo a mesma autora (1999), este método é muito utilizado nos estudos exploratório-descritivos, tratando-se de um processo planificado e que exige uma grande disciplina por parte do entrevistador.

Segundo Bingham & Moore citados por GhiGlion & Matalon (2001), a entrevista é uma conversa que tem como objetivo a recolha de informação e o nível de informação exprime-se pela riqueza e complexidade das respostas obtidas.

Segundo Pope & Mays (2005), as entrevistas semiestruturadas, consistem em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente serão conduzidas com base numa estrutura solta a partir da qual os entrevistados ou entrevistador, podem divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou com uma resposta em maiores detalhes.

A opção da entrevista semiestruturada ou semidirecta deve-se ao facto desta permitir seguir o raciocínio dos participantes, facilitando a expressão das experiências vividas pelos mesmos, como defendem Streubert & Carpenter (2002). Com este tipo de entrevista, exerce-se algum controlo sobre o conteúdo e o desenrolar da mesma. As linhas orientadoras, que constituem o guião de entrevista, estão previamente determinadas, mas o entrevistado tem liberdade de expressão.

Como o estudo pretende recolher informações acerca da forma como o enfermeiro experiencia o processo de morrer dos doentes a quem presta cuidados, justifica-se esta opção pela entrevista semiestruturada, uma vez que, tal como refere Ludke & Mauli, (1986, p.34), “na entrevista a relação que se cria é a de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde”.

Na preparação das entrevistas, teve-se em conta o cumprimento de alguns procedimentos éticos e que foram cumpridos. Os entrevistados, num primeiro momento foram informados dos objetivos do estudo, pediu-se autorização para a gravação áudio das respetivas entrevistas, assim como, o seu consentimento informado.

#### **2.4.1. Guião da Entrevista**

Para a condução das entrevistas seguimos um guião quadro nº2 cuja apresentação é sugerida por Estrela (1994). A mesma autora refere que “a validade é potencialmente garantida pelo plano da entrevista, no qual o entrevistador seleciona os domínios a abordar e precisa os dados que pretende recolher”

Construímos o guião em torno de blocos temáticos que vão de encontro aos objetivos traçados para o estudo. Este plano de entrevista foi sujeito a pré-teste junto de enfermeiros não incluídos na população em estudo. Com o pré-teste é possível avaliar a precisão, a clareza e concisão das perguntas, para que o instrumento se molde ao

objetivo para o qual foi criado. Neste sentido efetuou-se o pré-teste a 3 enfermeiros (um dos cuidados de saúde primários e 2 de uma unidade hospitalar). A partir da informação recolhida, houve a necessidade de realizar algumas alterações no guião, na forma de colocar as questões, assim como, eliminar uma questão que já se encontrava subentendida. Consideramos que o pré-teste teve uma grande vantagem no que refere a uma análise mais aprofundada do que se pretende.

No quadro nº 2 podemos analisar as várias questões elaboradas assim como os temas que fomos abordando ao longo da entrevista.

Depois de realizar um pequeno conjunto de questões que se destinavam sobretudo um cenário de conversa informal e centrada nos dados biográficos e profissionais do entrevistado, passámos às questões que nos levariam atingir os nossos objetivos.

#### QUADRO Nº 2-GUIÃO DA ENTREVISTA

OBJETIVOS	QUESTÕES
<b>Identificar representações da morte</b>	Que representações tem sobre o processo de morrer?
	Como vê no presente o processo de morrer? Foi sempre visto de forma igual?
	Na sua opinião este processo é vivido de igual forma num doente adulto e num idoso?
	De que forma considera que a sua experiência profissional influencia a forma como vivencia o processo de morte do doente?
<b>Identificar sentimentos e emoções perante o processo de morrer</b>	Que sentimentos / emoções experiencia quando se defronta com a morte do doente?
<b>Identificar a influência que o processo de morrer tem nos cuidados</b>	Que tipo de cuidados presta à pessoa que está a morrer?
	De que forma são influenciados os cuidados prestados perante o processo de morrer?
<b>Identificar Estratégias utilizadas pelos enfermeiros</b>	Que estratégias utiliza para lidar com a morte dos doentes?

As entrevistas foram realizadas no serviço de unidade de cuidados continuados nos meses de Outubro e Novembro de 2012, e no momento da entrevista, estiveram apenas presentes o entrevistador e o entrevistado.

A duração das entrevistas variou entre 30 a 55 minutos. Durante a condução da entrevista, deparámos por vezes com períodos de pausa, o que nos levou a efetuar momentos de silêncio.

De seguida, foi feita a transcrição da entrevista para ficheiro informático

## 2.5. PROCEDIMENTOS DA ANÁLISE DE DADOS

Uma vez terminada a recolha de dados, iniciou-se a fase de análise e tratamento dos mesmos. Para analisar as informações obtidas a partir das entrevistas, escolheu-se a análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977, p.31) se define como: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

A análise de conteúdo das entrevistas é essencialmente temática, tal como é proposta por Bardin (1977, p.79) para conquistar o sentido dos entrevistados, ou seja, “a contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada”.

Na análise de conteúdo, foram elaborados os protocolos a partir dos registos magnéticos e foram objeto duma primeira leitura para um levantamento emergente das categorias. As entrevistas foram analisadas a partir das unidades de significação ou indicadores, que se repartiram à medida que iam sendo encontradas.

Em seguida, categorizámos as unidades de significação, agrupando-as quanto à sua semelhança. Assim elaborámos o corpus de análise.

Das unidades de significação começaram a surgir conceitos e “significados”, selecionando-os e agrupando-os em seguida, em categorias e subcategorias, que foram definidas *a posteriori*, tendo como referência o significado por nós atribuído aos segmentos de texto, procurando encontrar em cada uma das afirmações o âmago da situação. Encontradas as unidades de registo, elas foram agrupadas sucessivamente em subcategorias, terminando em categorias.



## 2.6. QUESTÕES ÉTICAS

As investigações realizadas com seres humanos envolvem sempre questões morais e éticas, que divergem de acordo com cada tipo de investigação. A ética segundo Fortin (1999, p.114) “é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. [...] É o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”

Os trabalhos de investigação interferem com os seres humanos, com as suas emoções e sentimentos. Este facto deve permanecer na mente do investigador, impedindo-o de realizar trabalhos inadequados.

Para Fortin (1999, p.113) “Na prossecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”

Existem alguns direitos que se aplicam ao indivíduo que participa numa investigação científica:

**Direito à autodeterminação:** “... O potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação (...) segundo o artigo 9º do código de Nuremberga, o sujeito deve ser informado do seu direito de se retirar em qualquer momento do estudo (...) sem ter de se justificar...” Fortin, (1999, p.116)

**Direito ao anonimato e confidencialidade:** os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa dos sujeitos. Para Polite & Hungler (1997), citado por Streubert & Carpenter (2002), trata-se de uma promessa feita ao participante que lhe garante que qualquer informação que este forneça não lhe será associada, mesmo pelo próprio investigador.

**Direito a um tratamento justo e equitativo:** “ Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado. Fortin, (1999, p.119)

Desta forma, antes de iniciar o estudo, foi feito previamente um pedido de autorização à instituição onde se pretendia realizar o estudo, assim como, foi devidamente explicado o estudo e a sua finalidade e a duração do mesmo ao responsável pela equipa de enfermagem.

Foi solicitado aos sujeitos que quiseram participar no estudo o seu consentimento informado, tendo sido esclarecidos do tema e dos objetivos. Foi também solicitada a sua autorização para ser usado o gravador, tendo sido assegurados a confidencialidade e o anonimato dos dados

Ao longo do trabalho não foram referidos quaisquer aspetos que possam revelar ou possibilitar a identificação dos entrevistados.

## **CAPÍTULO 4 - CONSTRUINDO A ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Neste capítulo pretendemos realizar a apresentação e análise dos achados das entrevistas realizadas aos enfermeiros da unidade de cuidados continuados.

Assim, passamos a apresentar os dados que foram devidamente obtidos através das entrevistas semiestruturadas com o intuito de favorecer a livre expressão dos sujeitos em estudo. Para Fortin (2003) analisar significa decompor o todo nos seus componentes, isto é, caminhamos do complexo para o simples, a fim de examinar cada um dos seus constituintes, sempre com o objetivo de propor uma explicação para um determinado fenómeno. Para este autor (2003, p.330) “ (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente as questões de investigação (...) deve limitar-se estritamente a uma apresentação sob a forma narrativa que ele produziu nos quadros e nas figuras”. Na apresentação dos dados, utilizamos o texto narrativo, a que acrescentamos os excertos das entrevistas e diagramas, para melhor clarificar e facilitar a análise dos discursos e a interpretação dos mesmos.

De seguida apresentamos um quadro resumo com todas as áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes. (Quadro nº3)

**QUADRO 3 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGENTES DAS ENTREVISTAS REALIZADAS AOS ENFERMEIROS**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>1-Significado do processo de morrer</b>	A-Etapa inevitável do ser humano	
	B-Fase final da vida	
	C-Processo natural	
	D-Processo de Luto	
	E- Uma Passagem	
	F-Processo individual	
	G-Término do Sofrimento	
	H- Momento de Tristeza	
<b>2- Influência no desenvolvimento de competências do Enfermeiro ao lidar com o doente em processo de morrer</b>	B-Humanas	
	C-Comunicacionais	C1-Atitude Compreensiva
		C2-Aceitação
		C3- Resignação
<b>3- Perceção do Enfermeiro acerca da vivência do doente perante o seu processo de morrer</b>	A- Idade do doente	
	B- Situação clínica	
	C-Estado de consciência	
	A-Promoção do alívio da dor	
	B-Promoção do Conforto	

<b>4- Cuidados Prestados pelo Enfermeiro à pessoa que está em processo de morrer</b>	C-Satisfação de desejos	
	E- Promoção da Relação	E1-Atenção
		E2-Toque
		E3- Presença
		E4-Disponibilidade
	F-Apoio	F1-Psicológico
		F2-Emocional
		F3-Familiar
		F4-Espiritual
<b>5-Aspetos que influenciam o cuidar do Enfermeiro no processo de morrer</b>	A-Disponibilidade de tempo	
	B-Atenção humana	
<b>6- Sentimentos/emoções experienciados pelo Enfermeiro perante o processo de morrer</b>	A-Impotência	
	B-Angústia	
	C-Revolta	
	D-Perda	
	E-Tristeza	
	F-Raiva	
	G-Desanimo	
	H-Alívio	
	I-Surpresa	
	J-Paz	
	K-Alegria	
<b>7-Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro para lidar com o processo de morrer</b>	A-Adoção de mecanismos de defesa	A1-Distanciamento
		A2-Insensibilidade
		A3-Cumprimento da prática ética e legal
		A4-Transferencia
		A5-Adaptação

		A6-Desvio da atenção
		A7-Aceitação passiva
	B-Procura de apoio	B1- Família
		B2-Colegas
	C-Procura de informação	



## 1. SIGNIFICADO DO PROCESSO DE MORRER

Relativamente à primeira questão: *O que significa para si o processo de morrer?* Identificamos oito categorias: *etapa inevitável do ser humano, fase final da vida, processo natural de vida, processo de luto, passagem de estado, processo individual, término do sofrimento e momento de tristeza*, que desenharam o significado dos enfermeiros relativo ao processo de morrer, conforme demonstra o diagrama a seguir:

**DIAGRAMA 1 - SIGNIFICADO DO PROCESSO DE MORRER**



Relativamente à categoria *Etapa inevitável do ser humano*, 5 enfermeiros mencionam:

“...sabemos que é uma etapa inevitável da vida...” E1

“...para mim é uma etapa inevitável...” E6

...eu entendo a morte como uma etapa que temos de vivenciar...”E10

“...Morrer é a etapa final...” E11

“...é a ultima etapa do ciclo vital , é inevitável-...” E14

A categoria *fase final da vida* é apontada por 3 enfermeiros, como podemos verificar ao analisar as seguintes unidades de análise:

“... O processo de morrer é a ultima fase da vida...” E 2

“...é o fim da vida como a gente a conhece...” E9

“...é um fim é um término...é mesmo um fim...” E14

Dos 14 enfermeiros, 4 definem processo de morrer como um *Processo natural de vida*, como podemos verificar de seguida:

“...é um processo de vida...” E3

“...Acaba por ser um processo natural...” E8

“...é um processo natural...” E10

“...para mim a morte é o culminar do processo de um processo de viver...” E12

O *Processo de Luto* é o significado apontado por 1 dos enfermeiros:

“...em conjunto é o luto... o luto é o que representa mais o ato de morrer...” E5

A *Passagem de estado* é outro dos significados atribuídos ao processo de morrer, por 3 dos entrevistados:

“...é uma passagem para outro espaço melhor...” E8

“...acredito que possa ser apenas uma passagem...” E7

“...para mim o processo de morte é o passar de uma vida para algo...” E12

Um dos enfermeiros refere que o processo de morrer é um *Processo individual*:

“... cada utente é um utente...” E1

Para 4 dos 14 entrevistados o processo de morrer é definido como *O fim do Sofrimento*, como podemos verificar:

“...do que eu tenho visto aqui para muitos... é o fim do sofrimento...” E4

“...Agora que trabalho vejo a morte como o fim do sofrimento...” E5

“...já vejo a morte quase como uma solução do estado de sofrimento...” E10

“...é o fim do sofrimento para os doentes...” E13

A categoria *Momento de tristeza* é apontada por um dos enfermeiros como significado de processo de morrer:

“...continuo a vê-la como um momento triste...” E6

## 2. INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO AO LIDAR COM O DOENTE EM PROCESSO DE MORRER

Neste sentido, quisemos saber qual a influência que o processo de morrer tem no enfermeiro? Da análise de conteúdo dos discursos sobressaíram duas categorias, emergindo da segunda categoria três subcategorias, conforme indica o diagrama 2.

**DIAGRAMA 2 - INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO AO LIDAR COM O DOENTE EM PROCESSO DE MORRER**



Relativamente à categoria desenvolvimento de *competências humanas*, e analisando as seguintes unidades de análise verificamos que este é um dos fatores que influencia o desenvolvimento de competências do enfermeiro ao lidar com o doente em processo de morrer. Esta categoria é associada a 7 dos 14 entrevistados:

*“...Há medida que fui tendo mais experiencia fui vendo que cada utente lida com a morte e com o sofrimento á sua maneira...”* E1

*“... consigo lidar muito mais facilmente que numa fase inicial...”* E2

*“...agora vejo de uma forma diferente pois estou em contacto com pessoas em fase terminal...”* E2

*“...já me habituei a lidar com a situação...”* E4

*“...lidando cada vez mais com pessoas que vem para aqui para medidas de conforto(...)e acabam aqui isso também nos torna mais sensíveis e mais capacitados...”* E5

*“...Nos aqui já vivenciamos tanta coisa que acabamos por ter outra perspetiva diferente da morte (...) já temos traquejo (...)” E8*

*“...de doente para doente a vivencia vai sendo diferente...” E11*

*“...pela experiencia a primeira segunda(...)morte são diferentes da vigésima(...)ou mais(...) já são muitas mortes..e isso muda...(...) sem duvida que á medida que evoluo na carreira lido melhor com a morte...” E14*

Relativamente às competências comunicacionais dos enfermeiros, 2 dos enfermeiros, apontam a *atitude compreensiva*:

*“...tenho noção que consigo lidar não direi mais facilmente, mas tenho outra postura...transmito muita mais tranquilidade...” E2*

*“...Permite-me compreender melhor a morte (...) permite-me compreender que a morte acaba com todo aquele sofrimento...” E10*

Outra das subcategorias é a *aceitação*, esta é verificada em 1 dos entrevistados como podemos constatar:

*“...ajuda a aceitar melhor as coisas...” E4*

*“...agora mentalizei –me e faço tudo para o bem estar do doente...” E4*

A *Resignação* está presente em 3 dos entrevistados como podemos verificar de seguida:

*“...aqui na unidade lidando cada vez mais com pessoas quem veem para aqui e acabam aqui os seus dias. Isso também nos torna (...) mais capacitados para lidar com o processo de morrer...” E5*

*“...aqui na unidade os doentes vão estando aqui algum tempo e a gente habitua-se aquela decadência (...) vão piorando acabam por falecer e são situações que já estamos a espera...” E13*

*“...Neste momento vejo a morte de um doente da mesma forma que no início...” E6*

### 3. PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA VIVÊNCIA DO DOENTE PERANTE O SEU PROCESSO DE MORRER

Dos discursos dos enfermeiros sobressaíram três categorias: *Idade do doente, situação clínica e estado de consciência* conforme o diagrama 3.

DIAGRAMA 3 - PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA VIVÊNCIA DO DOENTE PERANTE O SEU PROCESSO DE MORRER



Relativamente a primeira categoria, *Idade do doente*, esta foi identificada por 8 enfermeiros enquanto fator de grande relevância, na forma como os doentes vivenciavam o seu processo de morrer. Para estes entrevistados, o processo de morrer é melhor encarado quanto mais idosa for a pessoa, como podemos verificar ao analisar as seguintes unidades de análise:

“... Para nós profissionais de saúde quanto mais nova for a pessoa que está a morrer..mais difícil se torna...” E2

“...num adulto mais jovem é mais complicado , pelo menos nos casos que vejo aqui aceitam melhor os idosos...” E3

“... Os idosos acho que está mais mentalizado para tal....A pessoa mais nova tem sempre aquela noção que vai melhorar...” E4

“...se for um doente com 40 anos com cancro claro que custa não é?(...) se for um doente mais idoso que teve uma vida plena e que esta a morrer pelo envelhecimento se calha aí não custa tanto...” E 7

“...nós vemos um idoso já como no final da vida(...)um doente com 28 anos ...tem a minha idade não é? É totalmente diferente...” E10

“custa muito mais ver uma pessoa de 40 ou 50 anos a falecer(...) se calhar podia ter mais esperança de vida...”E11

“eu acho que é diferente um adulto de 40 anos com uma doença terminal sofre muito mais que um idoso de 80(...)um idoso tem aquela noção que se calhar já viveu tudo (...) e associa também o fim á velhice...” E13

“...para mim o que diferente é a morte numa criança...aí é diferente...” E14

No que diz respeito à segunda categoria, *Situação clínica*, 5 enfermeiros, apontam a patologia e a condição clínica do doente como condicionante da vivência do processo de morrer dos pacientes, como podemos constatar ao ler as seguintes unidades de análise:

“... o mais importante não é a idade do doente mas sim o seu diagnostico e a fase ou prognostico que esta doença tem futuramente...” E1

“...se é uma pessoa com uma neoplasia (...) se for um processo lento a pessoa vai desaparecendo...” E5

“... o que diferencia a forma como lidam não é a idade tem a ver com a patologia deles ,também conta muito...” E8

“...também acho que tem a ver com a patologia...” E9

“...depende de qual for o diagnóstico... se não for um doente crónico é totalmente diferente como vivencia o processo...”E12

Para dois dos enfermeiros entrevistados, a vivência do processo de morrer é também afetada pelo *estado de consciência* do próprio, como podemos verificar seguindo as seguintes unidades de análise:

“...Não tem a ver com a idade mas sim com o seu estado de consciência...” E1

“...se for um doente consciente e orientado(...) é muito complicado pois a pessoa está a perceber o que se está a passar...”E6

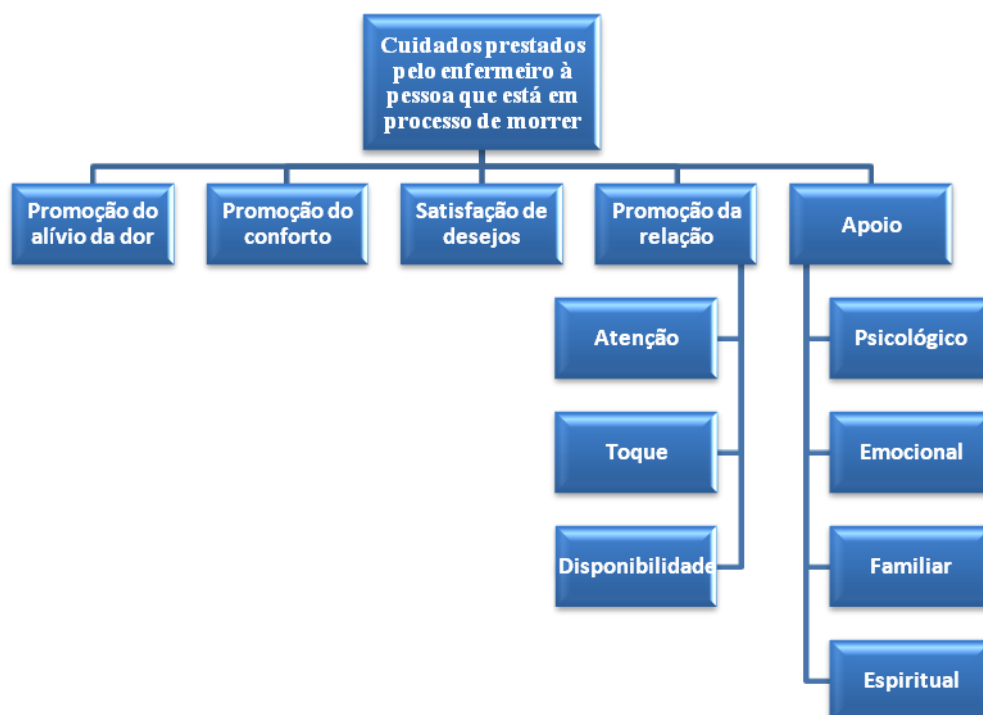
#### 4. CUIDADOS PRESTADOS PELO ENFERMEIRO À PESSOA QUE ESTÁ EM PROCESSO DE MORRER

Após análise do conteúdo das entrevistas relativamente aos cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa em processo de morrer, emergiram cinco categorias: *Promoção do alívio da dor*, *promoção do conforto*; *satisfação de desejos*; *promoção da relação* e *Apoio*.

Da categoria *promoção da relação* sobressaíram 3 subcategorias nomeadamente: *Atenção*; *toque* e *disponibilidade*;

Na categoria *Apoio* sobressaíram 4 subcategorias: *Psicológico*, *emocional*, *familiar* e *espiritual*. Como podemos constatar ao analisar o diagrama 4:

**DIAGRAMA 4- CUIDADOS PRESTADOS PELO ENFERMEIRO À PESSOA QUE ESTÁ EM PROCESSO DE MORRER.**



Dos discursos dos enfermeiros podemos constatar que para 7 dos entrevistados a *promoção do alívio* da dor é um dos cuidados que prestam ao doente que está em processo do morrer como podemos ver segundo as citações:

“...basicamente é aliviar a dor...” E1

“...é mesmo o alívio da dor...” E2

“...manter a pessoa sem dor...” E3

“...preocupo-me com a analgesia...” E4

“...tentar que não agonize...” E6

“...alívio da dor...” E7

“o importante num doente terminal.. é controlar a dor...” E14

Outro dos cuidados referidos nas entrevistas é a promoção de conforto, sendo este citado por 9 dos enfermeiros, como podemos constatar nas seguintes unidades de análise:

“...promover o seu conforto...” E1

“...também o conforto, o posicionamento no sentido de alívio da dor e do desconforto...” E2

“...manter o conforto...” E3

“...dar o conforto e cuidados que necessitam...” E6

“...o conforto...” E8

“...tentar manter o mais confortável possível...” E9

“...tentar dar o máximo conforto...” E10

“...cuidados de conforto...” E11

“..o importante num doente terminal é o conforto...” E14

Para 7 dos enfermeiros, a satisfação de desejos do doente é referida também como cuidados prestados aos doentes em processo de morrer, como podemos verificar de seguida:

“...tento satisfazer todos os seus desejos e vontades...” E1

“...é mesmo satisfazer todas as vontades que manifestem...” E6

“...dar-lhe alguma coisa para comer que já não comia a muito tempo...tentar satisfazer desejos...” E7

“...é mais os desejos que eles têm...” E8

“...se calhar alguns pedidos daqueles que ainda falam...” E11

“...primeiro ela e os seus desejos...” E12

“...fazemos tudo o que eles querem...” E14



Na promoção da relação, 4 dos enfermeiros entrevistados sublinha a *atenção* como cuidados prestado como podemos ver nas seguintes citações:

“...dar o máximo de atenção e carinho...” E1

“...dar-lhes atenção que merecem...a companhia...” E4

“...sinceramente vou ter mais atenção a esse doente...” E10

“...dedico todo o tempo que posso à pessoa...” E12

Para 2 dos entrevistados, o *toque* é um dos aspetos importantes na promoção da relação e enquanto cuidados a prestar aos doentes, como podemos visualizar nos seguintes excertos de entrevista:

“...dar a mão...” E5

“...um pequeno toque na mão ou apertar a mão para eles é significativo...” E13

A *presença* é também identificada por 3 dos enfermeiros:

“...ser só a enfermeira que está ali para apoiar...” E2

“...estar mais presente com o doente...” E6

“...estar presente e junto da pessoa...” E9

A *disponibilidade* é apontada por 2 enfermeiros como forma da *promoção da relação* como podemos ver ao analisar os seguintes excertos:

“...Preocupo-me com o doente...” E3

“...Fico sempre perto... do doente nesse dia...” E4

No que diz respeito ao *Apoio*, 2 dos enfermeiros referem o *apoio psicológico* como cuidados prestado ao doente em processo de morrer:

“...apoio psicológico...tentar sempre falar com a pessoas se possível...” E5

“...com os mais conscientes vamos falando com eles...” E14

Um dos enfermeiros entrevistados menciona o *apoio emocional*:

“...o apoio emocional...” E13

De acordo com as entrevistas, para 5 dos enfermeiros, o apoio é direcionado também para a família do doente que está em processo de morrer como podemos verificar nas seguintes citações:

“...preocupo-me com o doente e com a família...” E3

“...Fico sempre perto da família e do doente nesse dia...” E4

“...apoiar a família...” E5

*“...deixar a família o tempo que quiserem...”* E10

*“...envolver a família...temos muitos utentes que até querem ir a casa...”* E14

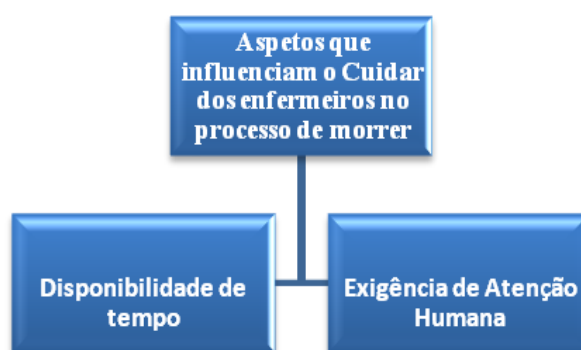
O *Apoio Espiritual*, é referido apenas por 1 enfermeiro como podemos ver nos seguintes excertos de entrevista:

*“...pedir perdão dos seus pecados e se eles pedem é-lhes concedido...(...)no momento da morte dizer sempre uma ou duas palavrinhas...tenho este lado espiritual...”* E10

## 5. ASPETOS QUE INFLUENCIAM O CUIDAR DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MORRER

Existem aspetos que podem influenciar a o cuidar dos enfermeiros no processo de morrer dos utentes a quem prestam cuidados. Nos discursos dos enfermeiros, ao falar destes aspetos, surgiram duas categorias: a disponibilidade de tempo e a exigência de atenção humana. Como podemos ver no diagrama 5:

**DIAGRAMA 5- ASPETOS QUE INFLUENCIAM O CUIDAR DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MORRER**



Das entrevistas analisadas, 12 enfermeiros, referem a *disponibilidade de tempo* como fator de influência no cuidar do doente em processo de morrer, como podemos ver ao ler os seguintes excertos das entrevistas:

“...os cuidados são influenciados pois vamos ter de ter mais atenção com este utente que está nesta fase...” E1

“... acho que nesta fase a atenção e vigilância tem de ser maior...” E2

“...tento ter mais atenção, estar mais atento...” E3

“...ponho sempre prioridade aquele utente...” E4

“...tento dar mais atenção..tentar disponibilizar mais tempo...” E5

“...acabo por estar com olhar redobrado sobre a pessoa.....tenta-se sempre estar mais presente com o doente...” E6

“...tenho de tentar gerir bem...é claro que vou estar sempre preocupada com aquela pessoa...” E7

“...Influencia mais pois temos de passar mais vezes pelo quarto a vigiar...” E8

“...se aquela pessoa precisar mais da minha atenção...sim estarei mais próxima...” E10

“Influencia...se calhar vou passar mais vezes lá...se calhar vou fazer as coisas a ganhar mais tempo com aquele doente...” E11

*“...claro que lhe dedico todo o tempo que posso à pessoa..”* E12

*“É um plano de cuidados diferente de um utente normal... vamos tentar gerir o tempo...”* E14

No que diz respeito à *atenção humana*, apenas um enfermeiro menciona este aspeto, na seguinte citação:

*“...fico mais carinhosa com eles...”* E4

## 6. SENTIMENTOS/EMOÇÕES EXPERIENCIADOS PELO ENFERMEIRO PERANTE O PROCESSO DE MORRER

Nos discursos dos enfermeiros, ao falar dos sentimentos/emoções experienciados por estes perante o processo de morrer dos doentes emergiram 11 categorias como podemos ver ao analisar o diagrama 6:

**DIAGRAMA 6- SENTIMENTOS /EMOÇÕES EXPERIENCIADOS PELO ENFERMEIRO PERANTE O PROCESSO DE MORRER**



Quando questionados relativamente aos sentimentos/emoções experienciados pelos 14 enfermeiros perante o processo de morrer dos doentes, 8 dos enfermeiros apontam impotência como podemos verificar segundo as unidades de análise:

*“...há sempre sensação de impotência em nós...”* E1

*“...sentia-me impotente de poder ajudar...”* E2

*“...penso que podia ter sempre feito mais pela pessoa...”* E3

*“...impotência tirando outras vivências...”* E5

*“...ficava sempre com aquela sensação que podia ter feito mais...de impotência...”* E8

*“...muitas vezes não temos como resolver é frustrante...”* E10

*“...de incapacidade total...também me sinto impotente”* E11

*“...já senti impotência...”* E12

Outro dos sentimentos/emoções apontado pelos enfermeiros é a *Angústia* que 2 dos entrevistados referiram:

“...são situações que marcam...abalam imenso...” E1

“...Tem-me custado mais...” E13

A revolta é outros dos sentimentos, que foi apontado por 2 dos enfermeiros:

“...no início da minha carreira sentia revolta...” E2

“...já senti revolta...” E12

Um dos enfermeiros refere o sentimento de *Perda*, perante o processo de morrer do doente:

“...sinto que perco alguma coisa, perdi um doente...” E2

Para 7 dos enfermeiros, a tristeza está também presente ao lidar com o processo de morrer do doente:

“...tristeza, claro...” E3

“...tristeza...” E4

“tristeza...” E6

“fico sempre triste claro...” E7

“...uma pessoa fica assim...triste...” E8

“...há sempre uma tristeza envolvida...” E9

“...tenho dado comigo nas viagens para casa a chorar...” E 13

“...é sempre um momento de tristeza...” E14

A *raiva* é outros dos sentimentos experienciados por 2 dos enfermeiros:

“já senti raiva por não poder fazer mais nada...” E3

“...outro sentimento associado é a raiva...” E5

O sentimento de *Alívio*, é referido por 4 dos enfermeiros como podemos ver nos seus discursos:

“...por vezes alívio...” E6

“...por vezes também alívio...” E7

“...da minha parte é uma sensação de alívio...” E9

“...de certa forma é um alívio...” E10

Outros sentimentos/emoções que foram experienciados pelos enfermeiros para além dos supracitados foram o *desânimo*, a *surpresa*, a *paz* e a *alegria* sendo cada um deles mencionado por apenas um enfermeiro como se pode verificar nas seguintes citações:

“...*desânimo*...” E4

“... e uma pessoa fica assim ...*espantada*...*como é possível?*...” E8

“...*é um sentimento de dever cumprido e fico em paz*...” E10

“...já me senti feliz por aquela pessoa...” E12



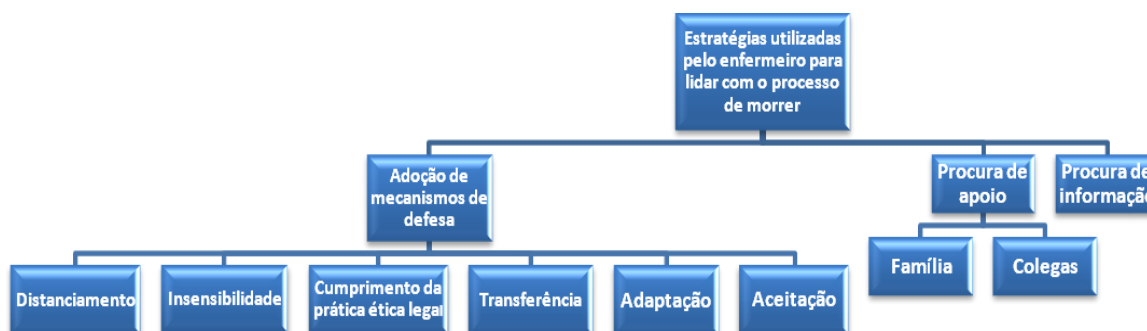


## 7. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORRER

De acordo com os discursos dos enfermeiros, ao falar de estratégias utilizadas para lidar com o processo de morrer dos doentes, e ao analisar o diagrama 7 podemos verificar que surgiram 3 categorias: *adoção de mecanismos de defesa*; *procura de apoio*; e *Procura de informação*.

Da categoria *adoção de mecanismos de defesa* sobressaem 6 subcategorias, nomeadamente: *distanciamento*; *insensibilidade*; *cumprimento da prática ética legal*; *Transferência*; *adaptação e aceitação*. Da categoria *Procura de apoio*, emergiram 2 subcategorias: *família e colegas*.

**DIAGRAMA 7- ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORRER**



Segundo 5 dos enfermeiros o *distanciamento* foi apontado como estratégia utilizada para lidar com o processo de morrer, como podemos verificar segundo as seguintes unidades de análise:

“...embora nos envolvamos de uma maneira menos consciente, conseguimos separar as emoções...” E1

“...tentar não me ligar tanto às pessoas...” E7

“...Criar sempre uma certa distancia mantendo apenas uma relação terapêutica...” não devemos deixar que nos afete...” E9

“... com o tempo vamo-nos habituando, não é habituando é mais ganhando uma carapaça...” E11

“...Se calhar como nos custa e se calhar como estratégia de defesa.. . se calhar evita ir tantas vezes ao quarto...” E13

Em um dos enfermeiros entrevistados foi identificada a *insensibilidade* como mecanismo de defesa como podemos ver:

“...tenho a noção que lidar com a morte me tornou muito mais fria...sinto que não sou tao emotiva...” E2

Outra estratégia apontada identificada em 7 dos entrevistados foi *Cumprimento da prática ética e legal* como podemos verificar nas seguintes unidades de análise:

“...tenho só de ser a enfermeira que está ali para apoiar...” E2

“...Preocupo-me em ir para casa e não deixar nada por fazer e sabendo que o doente esta confortável e sem dor e realmente não há mais nada a fazer...” E4

“...tentamos ao máximo melhorar o conforto da pessoa...e isso dá-nos uma visão melhor...” E5

“...Tentar que eles sofram o menos possível e tentar dar conforto...tentar satisfazer as ultimas necessidades, ajuda me a vivenciar melhor este processo...” E6

“...penso que estou a fazer o melhor que consigo para atenuar aquela dor...” E7

“...fiz tudo que podia para aquela pessoa ter um processo de morte confortável...” E12

“...naquele momento temos de apoiar as famílias...temos uma série de processos burocráticos para tratar e a gente habitua-se...” E 13

Um dos enfermeiros entrevistados identificou a *transferência* como podemos constatar na seguinte frase:

“...como tenho tendência a transferir para os doentes que me morrem com essa doença, tenho tendência a pensar no meu familiar... então tem me custado...” E13

Para 7 dos enfermeiros entrevistados, o *desvio da atenção* é utilizado muitas vezes como estratégia de lidar com a morte, como podemos verificar ao ler as seguintes unidades de análise:

“...saindo daqui tentar esquecer um bocado pois não podemos levar todos os problemas connosco para casa...” E1

“...no principio uma pessoa fica sempre a pensar nisso mas.. tento –me abstrair fora do serviço...” E3

“...ir para casa com a cabeça descansada...” E4

“...tento me abstrair...para já a que tento utilizar mais é mesmo a abstração..“...abstraio-me da dor que a pessoa possa estar a sentir...” E7

“...uma pessoa acaba também por brincar um bocadinho...” E8

“...tentar agir e não pensar muito na situação...” E9

“...tentar não pensar tanto nisso...” E 13

Para 3 enfermeiros a *adaptação* é um dos mecanismos de defesa visíveis ao ler os seguintes excertos:

“...foi uma coisa inata ao longo da evolução e que fui trabalhando... fui me adaptando a cada situação...” E1

“...O contacto frequente com estas situações acaba por ajudar a lidar e encarar melhor a situação...” E2

“...sempre pensar que foi o melhor que podia ter acontecer ...” E13

Para 3 dos entrevistados a *aceitação passiva* é a melhor forma de lidar com o processo de morrer, como podemos verificar ao ler os seguintes excertos:

“...eu não vejo a morte como uma coisa má, o facto de aceitar tao bem a morte permite-nos aceitar tranquilamente este processo todo...” E 10

“...é saber que eles vão para um sítio bem mais feliz que o que nós estamos. Isso tranquiliza-me...” E12

“...não fugir ao que se passou... encarar a morte como um processo natural...” E14

Para 7 dos enfermeiros entrevistados, uma das estratégias a adotar é a *procura de apoio nos colegas*:

“... também temos o apoio dos colegas...” E1

“...se me acontecer uma situação que me marcou muito... tenho de conversar com alguém...” E2

“...Sendo enfermeiro e tendo conhecimento ouvindo outras situações de colegas...Abordar a psicóloga e os médicos... procuro ter mais informação quer seja com colegas...” E5

“... falamos uns com os outros até mesmo com os médicos...” E7

“...no seio da equipa também há discussão de ideias...” E10

“...acontece também discussão de casos com os colegas...” E11

“...conversar com os colega foi uma estratégia que adotei...” E14

Um dos entrevistados refere a *procura de apoio na família*:

“...também falar com quem perceba da mesma situação no meu caso a minha esposa...” E3

Outros dos enfermeiros entrevistados, refere que a *procura de informação* é uma estratégia para ajudar a lidar a morte:

“...Procuro ter mais informação...pesquisando...” E5



## **CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS; CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**



Neste capítulo, apresentamos a discussão dos resultados obtidos, realçando os aspetos que se julgam mais pertinentes e que melhor caracterizam a forma como é experienciado o processo de morrer dos doentes pelos enfermeiros que prestam cuidados. Nesta discussão recorreremos ao marco teórico para fundamentar a nossa discussão. Por fim apresentamos as conclusões e implicações do estudo.

## 1. SIGNIFICADO DO PROCESSO DE MORRER

Relativamente a esta área temática, os enfermeiros do estudo atribuem significado ao processo de morrer ligado muito às suas vivências pessoais de perdas anteriores quer no âmbito profissional quer pessoal. Também no estudo de Sousa *et al* (2009), aponta que as vivências de perdas anteriores influenciam a intervenção dos profissionais perante a morte. Deste modo, para alguns dos enfermeiros o processo de morrer é uma *etapa inevitável do ser humano*, para outros é mesmo um *processo natural de vida ou um Processo individual*. Estas afirmações são também partilhadas por Kuster & Bisogno (2010,p.13) quando referem: “Os enfermeiros demonstram que a morte é um processo natural do ser humano, o qual todas as pessoas, inevitavelmente, irão enfrentar.”

O processo de morrer é apontado por 3 enfermeiros como sendo a fase final da vida. Segundo Combinato & Queiroz, (2006, p.210) ” Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano (...)”

Contudo, para alguns enfermeiros, o processo de morrer não é um processo final, tratando-se de uma *passagem de estado*. Também Kuster & Bisogno (2010, p.13) referem que os enfermeiros: “(...)também acreditam que além, de ser um processo biológico a morte é considerada como uma passagem, ou seja, acreditam haver outro lado da vida, onde os seres humanos cumprem sua missão e quando esta acaba o mesmo segue outro caminho.(...)”

Para Sousa *et al* (2009) alguns dos profissionais de enfermagem tem tendência a associar à morte o significado de transcendência, tendendo a entendê-la como uma passagem e não apenas um fim.

Sousa *et al* (2009, p.44) também referem que, “(..)Ao assistir o paciente oncológico em seu processo de morte e morrer, a enfermeira vivencia situações permeadas por sofrimento(...)”, é portanto natural que os enfermeiros ao lidarem constantemente com o processo de morrer dos doentes, pensem na morte com o *fim do sofrimento*.

A dor e o sofrimento aparecem quase sempre acompanhados. Torna-se difícil separar estes dois conceitos, uma vez que ambos levam ao aparecimento um do outro (Pacheco, 2004). O sofrimento é individual e pessoal, existindo sempre a necessidade de considerar aspetos únicos e particulares em cada caso (Barbosa & Neto, 2006).

Para um dos enfermeiros o processo de morrer é visto como um *Processo de luto*, tal como refere Combinato & Queiroz, (2006, p.210) (...) O processo de luto é um outro exemplo de morte em vida que se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda (...).

Segundo Sousa *et al* (2009, p.43) (...) é frequente a caracterização da morte como perda, dor, passagem para vida eterna e o fim (...).

Apercebemo-nos também que ao contactar tão rotineiramente com doentes em processo de morrer e com o seu sofrimento, os enfermeiros caracterizam este processo como *O fim do sofrimento*. Esta afirmação é também referida por Sousa *et al* (2009) quando refere que o enfermeiro ao estar intimamente envolvido com o paciente a quem presta cuidados, a morte, algumas vezes, pode ser vista como alívio para o sofrimento do paciente.



## **2. INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO AO LIDAR COM O DOENTE EM PROCESSO DE MORRER**

Ao lidar com o processo de morrer, os enfermeiros conforme evidencia o nosso estudo, exige um modelo assistencial com uma dimensão técnica, humana e comunicacional, num processo de compreensão nas expressões de sentimentos e no olhar a terminalidade como um processo natural. Verificamos ainda, que a comunicação é um elemento básico do cuidar que deve estar presente em todas as intervenções de enfermagem, oferecendo um cuidar individualizado e com qualidade. Assim, cuidar durante o processo de morrer exige que desenvolvamos competências para entender este ciclo como uma etapa que pertence à vida.

Já Ribeiro, Baraldi & Silva (1998), quando se pensa na morte como um aspeto biológico e racional é relativamente fácil entendê-la como um acontecimento que completa o ciclo nascer, crescer, envelhecer e morrer da vida, sendo o auxílio da continuidade da nossa espécie.

De acordo com Mendonça (2009, p.52) os enfermeiros necessitam de possuir competências técnicas e científicas, como também devem possuir competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade.

Os enfermeiros referem que é necessário ter uma *atitude compreensiva*, só assim, o acompanhamento do doente em processo de morrer, usufruirá de uma melhor qualidade de vida, do ponto de vista emocional e afetiva, assim como, na diminuição da dor e angústia, inerentes à doença, por isso a compreensão do enfermeiro durante o processo de morrer é fundamental transformar este período também uma componente social.

Para Kuhn, Lazzari & Jung. (2011) A morte pode ser vista de perspetivas distintas seja como o fim de um organismo vivo, como um processo social, ou até como um momento de transcendência.

Assim, é inevitável e imprescindível uma componente comunicacional efetiva, de modo a que lidem com as emoções de uma forma positiva e a protegerem-se das emoções que emergem neste processo de cuidar. Para Elias (2001, p.61), na rotina institucional do hospital moderno não há espaço para emoções – sejam as dos médicos, dos doentes e/ou dos familiares. Nos depoimentos dos enfermeiros emerge a aceitação como fundamental

para proporcionar uma morte digna. Para Balla & Has (2008, p. 206), É fundamental que exista a aceitação e assimilação da nossa finitude como um fato natural, visto que se transmite ao doente, mesmo que inconscientemente, nossos valores e crenças pela comunicação não-verbal.

A aceitação do processo de morrer como um fato natural, surge como uma competência desenvolvida muitas das vezes ajudando à melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos doentes em fim de vida.

### **3. PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA VIVÊNCIA DO DOENTE PERANTE O SEU PROCESSO DE MORRER**

Constatamos que para a maioria dos enfermeiros, a vivência do processo de morrer do doente era mais “serena” no que toca aos doentes idosos, pois para os enfermeiros, estes já tinham vivido a totalidade do ciclo vital e portanto seria mais fácil de aceitar a caminhada perante a inevitabilidade do término da vida.

Para por Kuhn , Lazzari & Jung , (2011) a faixa etária do doente é determinante na vivencia da morte pois quanto mais jovem o paciente mais traumatizante se torna. Para os mesmos autores no caso de idosos, a idade parece constituir-se em atenuante desta mesma percepção.

Para estes autores, morrer em função da velhice passou a ser considerada uma forma natural de morte e todas as outras situações em que isto não aconteça vão contra a natureza e sendo por isso, são mortes vistas como desnecessárias.

Outros enfermeiros relacionam a forma como o doente vivencia o seu processo de morrer com a sua situação clínica, pois esta poderá ser geradora de um processo mais ou menos doloroso. Para estes, a patologia e a situação clínica que o doente vivencia, vai determinar a sua resignação perante este processo ou não. Outro dos fatores que para os enfermeiros podem influir na forma com o doente vivencia o processo de morrer é o estado de consciência destes, pois segundo os profissionais, muitos doentes ao estarem conscientes e orientados percebem na condição em que se encontram, e como tal isto é gerador de sofrimento.

Para Estanque (2011), o caminho até à morte envolve a perda progressiva de controlo sobre a própria vida, doente gosta de sentir que controla o que está a acontecer e escolher o que fazer e quando fazê-lo. Isso desgasta-se progressivamente, à medida que a pessoa é forçada pela doença abdicar da sua independência e vai perdendo gradualmente os papéis que desempenha e passa a ser portador de um novo estatuto o de pessoa doente prestes a partir

Para Kuhn, Lazzari & Jung (2011), não é só a situação clínica que influencia a forma como é vivido o processo de morrer mas também se esta situação é decorrente do processo de envelhecimento ou não, quando diz que a morte do idoso pode não ser considerada tao dolorosa como num paciente mais jovem, pois o próprio doente pode estar em sofrimento devido à debilidade resultante do processo de envelhecimento.

#### 4. CUIDADOS PRESTADOS PELO ENFERMEIRO À PESSOA QUE ESTÁ EM PROCESSO DE MORRER

Verificamos que os enfermeiros compreendem que os cuidados prestados à pessoa em processo de morrer devem visar cuidados que minimizem o sofrimento e não cuidados que conduzam à “obstinação terapêutica”. A *Promoção do alívio da dor; a promoção do conforto; a satisfação de desejos; a promoção da relação e o apoio* são cuidados que têm como intencionalidade promover uma qualidade de vida mais satisfatória para a pessoa em processo de morrer. O processo de cuidar da pessoa em processo de morrer exige, à semelhança de outros processos de cuidados, que o enfermeiro perspetive uma “*construção específica de cada situação, elaborada entre quem presta e quem recebe cuidados (...)* A partir daquilo que descobre, maneja as informações provenientes da situação, descodificando-as com a ajuda de conhecimentos para compreender o seu significado e utilizar na ação de cuidar” (Colière, 1989 p. 293).

Parece-nos poder afirmar e contrapondo-se ao modelo da “morte moderna”, eminentemente curativo, na qual a pessoa em processo de morrer não tem voz, os enfermeiros do estudo valorizam os desejos da pessoa e a relação.

Segundo Kuster & Bisogno (2010, p.15) “Os profissionais enfermeiros ressaltaram a importância de se realizar cuidados a fim de propiciar a esse paciente um final de vida tranquilo, sem dor e sofrimentos, além de ouvir e sempre que possível atender seus desejos e necessidades.”

Desta opinião partilharam também os enfermeiros entrevistados que consideravam na sua maioria como cuidados prestados aos doentes em processo de morrer *o alívio da dor e a promoção do conforto* mas alguns consideram também importante a *satisfação de desejos e o apoio, a nível psicológico, emocional, familiar e mesmo espiritual*.

Carreira (2011), citando Juan Rodriguez Sendín, afirma que “muchos pacientes mueren com dolor, ansiedad y sem el apoyo emocional necessário”, pois contrariamente aos nossos entrevistados, muitos profissionais de saúde anda não privilegiam estes cuidados.

Cerqueira (2010), diz-nos que compreender e aliviar o sofrimento deve ser entendido como elemento fundamental do cuidar, constituindo-se como um dever ético e prático para os enfermeiros.

Paulino (2008) afirma que o apoio espiritual, consiste em oferecer atenção integral, com humildade e respeito, pois vamos entrar num lugar mais secreto de cada pessoa. Para ter esta humildade, temos o dever de escutar antes de falar, compreender antes de convencer e aceitar antes de impor.

Alguns enfermeiros sublinharam como cuidados prestados a *Promoção da relação* com o doente em processo de morrer, onde realçavam a importância para este da *Atenção*, do *Toque a presença* e a *disponibilidade*.

## **5. ASPETOS QUE INFLUENCIAM O CUIDAR DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE MORRER**

Relativamente a esta temática é de salientar que os enfermeiros consideram que a *disponibilidade de tempo*, e a *atenção humana* é fundamental para a qualidade dos Cuidados.

Ferreira (2004), refere que ao cuidar o doente em fim de vida, o enfermeiro terá de mostrar disponibilidade, acompanhar, aproximar, escutar, dar a mão, partilhar e acolher o sofrimento da pessoa enquanto tarefa humana.

A atenção humana é apontada pelos enfermeiros, como fator de influência no seu processo de cuidar perante o processo de morrer.

Para Cerqueira (2005), é necessário que o enfermeiro interiorize que um simples toque de mãos ou uma presença silenciosa facilita ao doente e ao seu cuidador a oportunidade de verbalizarem os seus medos e angústias e de se sentirem mais confiantes e acompanhados.





## 6. SENTIMENTOS/EMOÇÕES EXPERIENCIADOS PELO ENFERMEIRO PERANTE O PROCESSO DE MORRER

Embora a morte esteja presente em grande parte da vida, este tema continua ainda a provocar medo, apreensão, incertezas e ansiedade. A institucionalização e medicalização da morte vêm dificultando também, a abordagem desta temática. Considerar que os avanços tecnológicos na área da Saúde podem vencer a morte é enganar-se diante da inevitabilidade desta etapa da vida. O enfrentar a morte desperta nos enfermeiros sentimentos tais como: *impotência; angústia; revolta; perda; tristeza; raiva; desanimo; alívio; surpresa; alegria*. Deste modo, defrontar-se com o processo de morrer é uma fonte de *stress*.

Na perspetiva de Neves, Pavan & Lannebere (2000), o confronto permanente com a morte deixa em muitos profissionais de saúde um sentimento de impotência, de fracasso e mesmo de revolta. E a sua repetição causa um esgotamento ao enfermeiro.

Ainda segundo os mesmos autores, o fato dos cuidados de qualidade aos doentes terminais, não culminarem na cura, mas pelo contrário, no agravamento e na morte, leva a que o enfermeiro experiencie sentimentos de impotência.

Para os enfermeiros, o sentimento de impotência é no fundo a sensação de que os seus cuidados, não tiveram o efeito que estes desejavam, é o certificado de que são seres humanos e que nada podem fazer para poder combater a morte.

Segundo Saraiva (2009), na atitude do enfermeiro no confronto com a morte, as maiores preocupações relacionam-se com sentimentos de impotência e frustração, angústia e tristeza. Também os enfermeiros relatam como um sentimento de paz quando experienciaram a morte de doentes que vivenciavam processo como um período de grande sofrimento e que nada que pudessem fazer alterava esse sofrimento. No entanto este sentimento de paz para outros, transforma-se em gerador de revolta. Tal como Stedford (1986) citado por Saraiva (2009) nos diz, qualquer contacto com a morte ou processo de morte, desperta no enfermeiro uma resposta inevitável geradora de tensão, tristeza, e principalmente de revolta. Outros perante a morte de doentes que acompanhavam a muito tempo e que estavam em sofrimento apontam o Alívio e a alegria como sentimentos vivenciados. Também na perspetiva de Sousa *et al* (2009), o enfermeiro por estar completamente envolvido com o doente, a morte para ele pode ser vista como alívio, para o sofrimento, uma vez que por mais que o enfermeiro sofra com a morte do seu doente, ele

também não se sente a vontade ao presenciar o sofrimento do doente em processo de morrer fora das possibilidades terapêuticas.

## 7. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORRER

No entendimento dos enfermeiros para conseguirem gerir o stress que o lidar com o processo de morrer leva a que adotem estratégias comportamentais e cognitivas para lidar com o impacto do stress emocional. Verificamos que os enfermeiros referiram o recurso a mecanismos de defesa dos quais identificamos: *distanciamento, insensibilidade, Cumprimento da prática ética legal, transferência, adaptação e aceitação*.

Para Lopes (2002, p.94) os profissionais não ficam indiferentes, eles próprios criam defesas para lidarem com esta situação e todas as problemáticas a ela inerentes.

Um dos mecanismos de defesa relatado por alguns enfermeiros, foi o distanciamento, relativamente a esta questão Saraiva (2009), refere que o enfermeiro perante o processo de morte evita contactar com o doente. Também Hilário (2008), no que diz respeito a esta questão afirma que os enfermeiros demonstram alguma dificuldade em lidar com a morte do paciente, pelo que optam por não criar uma relação próxima com os doentes e seus familiares, limitando o seu contacto na prestação de cuidados.

Outras estratégias apontadas pelos enfermeiros foram a procura de apoio com colegas de trabalho e ou familiares. Outro dos inquiridos refere ainda a procura de informação como estratégia de melhoramento na sua prestação face ao processo de morrer.

Wortman & Dunkel-Schetter citados por Marques, (1991, p.120) recomendam que os profissionais de saúde devem “partilhar os seus sentimentos pessoais com colegas, o que lhes permitirá, por um lado, aprender que tais sentimentos são uma consequência normal de trabalhar com doentes graves, e por outro lado, receber feedback construtivo para lidar com o stress”

Cerqueira (2010, p.68), afirma que diante da dor, sofrimento e morte no seu quotidiano de trabalho, o enfermeiro, de um modo geral, sente necessidade de suporte e apoio para enfrentar o sofrimento humano.

Os enfermeiros na sua maioria, compartilham entre eles situações do âmbito profissional, considerando isto uma estratégia que os ajuda a melhorar as suas práticas e a ultrapassar certas situações, tal como Hilário (2008, p.8), conclui “Um dos aspetos positivos apontados pelos enfermeiros entrevistados refere-se ao facto de considerarem

que são uma família, pelo que tendem a desabafar sobre os problemas associados à natureza do seu trabalho com os restantes colegas”

A complexidade do cuidar de doentes em processo de morte, torna-se uma tarefa árdua que os profissionais têm de realizar, para isso adotam mecanismos de defesa e estratégias, para estar à altura deste desafio.

## CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

No capítulo anterior foram discutidos os resultados encontrados ao longo do percurso de investigação, neste momento, torna-se imprescindível apresentar as conclusões do estudo e sua implicação.

Salientamos, que o estudo, efetuado proporciona dados que não podem ser generalizados para a população dos enfermeiros a nível nacional das unidades de cuidados continuados, mas podem servir de referência para contribuir para a mudança/ inovação, ou melhoria das práticas dos enfermeiros no cuidar do doente em processo de morrer, preservando a dignidade na morte, através da reformulação de estratégias de intervenção perante o processo de morrer.

Atualmente, o processo de morrer exige aos enfermeiros das unidades de cuidados continuados novas práticas, com o surgimento de uma nova disciplina médica – a medicina paliativa direcionada para os limites da medicina curativa. Propõem uma mudança na relação de poder entre equipa de saúde, doente e família, bem como a mudança de cuidar técnico para um cuidar humano possibilitando uma “humanização” do processo de morrer.

Através deste estudo, pudemos constatar que é frequente nas unidades de cuidados continuados de longa duração, o enfermeiro lidar com o processo de morrer dos doentes. Estes atribuem um significado ao processo de morrer ligado muito às suas vivências pessoais de perdas anteriores quer no âmbito profissional quer pessoal. Para alguns dos enfermeiros o processo de morrer é uma *etapa inevitável do ser humano*, para outros é um *processo natural de vida* ou mesmo um *Processo individual*.

Em suma é um processo, uma etapa que finaliza o ciclo vital e mesmo o sofrimento de alguns doentes. Parece poder afirmar, que o processo do morrer pode ser vivido de distintas formas, de acordo com os significados partilhados por esta experiência.

Para os enfermeiros do estudo, a morte de um idoso é vivida por eles de forma mais “serena”, mais aceitável. A morte é compreendida pelo fato do idoso já ter vivido a totalidade do ciclo vital e portanto é mais “fácil” de aceitar a inevitabilidade do término da vida.

Os enfermeiros, consideram ainda, que a vivência do processo de morrer pode também ser influenciada, pela consciencialização do doente da sua própria morte.

Verificamos, que lidar com o processo de morrer, influencia os cuidados de enfermagem e a forma como são prestados. O enfermeiro na defesa de um processo de morrer condigno, têm que desenvolver competências humanas, comunicacionais, relacionais, e “abandonar” o cuidar impessoal, mecânico e asséptico

Dignificar o fim de vida exige espaço para a expressão de sentimentos de forma a minimizar tanto quanto possível o desconforto e dar suporte emocional e espiritual

Verificamos que a comunicação é um dos elementos básicos do cuidar que deve estar presente em todas as intervenções de enfermagem, oferecendo um cuidar individualizado e com qualidade.

Os enfermeiros compreendem que os cuidados prestados à pessoa em processo de morrer devem possibilitar a minimização do sofrimento, evitando cuidados altamente tecnológicos que conduzem à obstinação terapêutica”. Salientam a *Promoção do alívio da dor; a promoção do conforto; a satisfação de desejos; a promoção da relação e o apoio*, como cuidados necessários a um processo de morrer com qualidade de vida para a pessoa em processo de morrer. Mas, a sobrecarga de trabalho, o défice de rácios humanos condiciona a disponibilidade dos enfermeiros para um cuidar mais humano.

Apesar de a morte estar presente no quotidiano do enfermeiro, este experiencia uma variabilidade de sentimentos e emoções, tais como: *impotência; angústia; revolta; perda; tristeza; raiva; desanimo; alívio; surpresa; alegria*. Deste modo, defrontar o processo de morrer gera nos enfermeiros situações de elevado stress. Os enfermeiros, procuram estratégias que os ajudem a lidar com o processo de morrer dos doentes que tem de cuidar diariamente. Verificamos, que os enfermeiros recorrem à adoção de mecanismos de defesa como: *distanciamento, insensibilidade, cumprimento da prática ética legal, transferência, adaptação e aceitação; procura de apoio com colegas de trabalho e ou familiares, ou mesmo a procura de informação*.

Verificamos que os enfermeiros defendem que para o doente experienciar a sua última etapa da vida necessitam que eles se deixem de apoiar em critérios biológicos e olhem para o doente como um ser integral e único. Também eles necessitam de ser apoiados encontrando um novo significado para a morte.

- **Implicações do estudo**

Perante estes achados, há necessidade de reconhecer a identidade individual de cada doente, família e cuidador, conduzindo a um fim de vida digno.

Proporcionar um fim digno exige ainda um novo modelo comunicacional e relacional que preconize a comunicação aberta e franca de forma a permitir um processo de negociação e de expressão de desejos.

É fundamental que os cuidados paliativos sejam definitivamente olhados e compreendidos como uma filosofia de cuidar necessário ao doente sem perspectiva de cura e sua família.

Surge a necessidade de mais estudos nos contextos das práticas clínicas de forma a sensibilizar as equipas de saúde para novas formas de cuidar no fim de vida.

Há necessidade nas unidades de cuidados continuados espaços para partilha e discussão de situações clínicas de forma a ajudar não só um trabalho em equipa mais efetivo, como permitir apoio mútuos entre os elementos da equipa de saúde.

A formação em serviço relativo às questões da morte deveria ser uma estratégia a adotar de forma a desenvolver habilidades e competências para intervir no fim de vida diminuindo assim sentimentos negativos como o fracasso, a impotência a fuga entre outros.

Este estudo torna evidente o papel dos enfermeiros no cuidar do fim de vida.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Anjos, L. M. (1998). Cuidar é Amar. *Servir*, pp. 171-180.
- ✓ Balla, A., & Haas, R. E. (2008). Percepção do enfermeiro em relação à ortotanásia. *Bio3tikos*, pp. 204-213. Obtido em 2013 de Abril de 07, de <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/64/204a213.pdf>
- ✓ Baltar, M., & Bensusan, M. (1998). Cuidar em Enfermagem: experiências vividas pelos enfermeiros na prestação directa de cuidados. (*Dissertação da Escola superior de Saúde de Enfermagem Maria Fernanda Resende*). Lisboa.
- ✓ Barbosa, A., & Neto, I. G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- ✓ Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora Persona.
- ✓ Bettinelli, L., & al, e. (2004). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In L. Pessini, & L. Bertachini, *Humanização e Cuidados Paliativos* (pp. 87-99). Sao Paulo: Loyola.
- ✓ Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Borneman, T., & Brown-Saltzman, K. (2001). Meaning in illness. In B. Ferrell, & N. Coyle, *Textbook of palliative nursing* (2ª ed., pp. 605-615). New York: Oxford University Press.
- ✓ Carreira, S. (11 de Novembro de 2011). Una Guía hecha por los medicos regula la sedación paliativa. *La Voz de Galicia*, 40.
- ✓ Cerqueira, M. M. (2005). *O Cuidador e o Doente Paliativo: Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Fomasau-Formação e saúde,Lda.

- ✓ Cerqueira, M. M. (2010). A PESSOA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA. (*Tese de Doutoramento em Enfermagem*). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- ✓ Chochinov, H. (2002). *Dignity-Conserving Care-A New Model for Palliative Care*. JAMA.
- ✓ Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2005). *Versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ✓ Coelho, A. M. (1991). *Atitudes perante a morte*. Coimbra: Minerva.
- ✓ Coelho, F., & Falcão, E. (2007). Obtido em 2 de 03 de 2013, de <http://www.rioei.org/deloslectores/1230Figueiredo.pdf>
- ✓ Collière, M. F. (1989). *Promover a vida* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- ✓ Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da Vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Combinato, D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. 209-216. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- ✓ Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de Caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. (U. d. Minho, Ed.) *Revista Portuguesa de Educação*, 15, pp. 221-244.
- ✓ Dantas, M. M. (2009). *A Morte Vivenciada por homens e mulheres: Uma influência cultural?* Obtido em 09 de Janeiro de 2013, de <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN 1807-2526
- ✓ *Decreto-Lei n.º 281/2003 259 SÉRIE I-A*. (8 de Novembro de 2003). Obtido em Março de 08 de 2013, de <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=11200&doc=20033451%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11='Decreto-Lei'&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>

- ✓ Direcção Geral da Saúde, Div. Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: DGS.
- ✓ Elias, N. (1985). *The Loneliness of the Dying*. Oxford: Blackwell.
- ✓ Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- ✓ Estanque, C. M. (2011). *A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros*. Obtido em 05 de Janeiro de 2013, de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5532/1/637911\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5532/1/637911_tese.pdf)
- ✓ Estrela, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma Estratégia de Observação de Professores*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Ferreira, C. (Setembro de 2004). Morrer na presença de quem cuida. *Sinais Vitais*, pp. 30-33.
- ✓ Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociências.
- ✓ Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da Concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- ✓ Franco, M. P. (Jan./Abr. de 2004). *Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciencia*. Obtido em 10 de Janeiro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a08n121.pdf>
- ✓ Frias, C. (2003). *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte- Um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
- ✓ Frias, C. (Junho de 2008). O Enfermeiro com a Pessoa em Fim de Vida na Construção do Cuidar. *Referencia, II*, pp. 56-67.
- ✓ Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito. Teoria e Prática*. Lisboa: Celta.
- ✓ Gil, A. C. (1991). *Como elaborar um projecto de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.

- ✓ Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª edição ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- ✓ Gonçalves, F. (1996). Cuidados Paliativos. *Boletim da Associação Nacional de Cuidados Paliativos*, nº1, pp. 1-2.
- ✓ Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. New York : Mcmillan.
- ✓ Hilário, A. P. (Junho de 2008). *Enfrentando o fastasma da morte: as estratégias negociadas e as lógicas partilhadas pelos enfermeiros de um serviço de cuidados paliativos*. Obtido em 4 de Janeiro de 2013, de <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/543.pdf>
- ✓ Illich, I. (1976). *Limits to Medicine. Medical Nemesis: the expropriation of health*. Harmondsworth: Penguin.
- ✓ Instituto da Segurança Social, I.P. (Dezembro de 2012). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em 05 de Janeiro de 2013, de [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rncci](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci)
- ✓ King, I. (1981). *A Teoria de King e sua interface com o programa. "Saúde da Família" - theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications.
- ✓ Kovács, M. (1995). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- ✓ Kübler-Ross, E. (1969). *On death an dying*. New york: Macmilan.
- ✓ Kübler-Ross, E. (1985). *Sobre a morte e o morrer* . São Paulo: Martins Fontes.
- ✓ Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. (8ª Edição ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- ✓ Kuhn, T. L., & Jung, W. (Novembro-Dezembro de 2011). *Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida*.

Obtido em 10 de Dezembro de 2012, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000600013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000600013&script=sci_arttext)

- ✓ Kuster, D. K., & Bisogno, S. B. (2010). *A percepção do Enfermeiro diante da morte dos pacientes*. Obtido em 05 de Fevereiro de 2013, de <http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/02.pdf>
- ✓ Leininger, M. (1988). The caring teacher of nursing. In M. Leninger, & E. al, *Care:discovery and uses in clinical and community nursing* (pp. 169-187). Detroit: Wayne State University.
- ✓ Lima, A. B., & Santa Rosa, D. d. (2008). O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Rev. esc. Enf. USP*, pp. 547-553. Obtido em 02 de Março de 2013, de Scielo.br: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a18.pdf>
- ✓ Loff, A. (2000). Que riscos para o enfermeiro que presta cuidados ao doente terminal? In *Cuidados paliativos-Dossier Sinais Vitais* (pp. 41-45).
- ✓ Lopes, M. (2002). *O doente Oncológico na Fase Terminal*. Lisboa: Climepsi.
- ✓ Lopes, A. C. (2010). *Morte e Cuidar em ambiente hospitalar como lidar com a morte do outro*. Obtido em 10 de Janeiro de 2013, de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4750/1/2010000818.pdf>
- ✓ Lopes, M. (2004). *Experiência de Cuidar da Pessoa em fase terminal. (Tese de Mestrado)*. Porto: Universidade do Porto , Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- ✓ Loureiro, L. M., & Moniz, P. A. (2011). *Ansiedade e atitudes perante a morte numa amostra de enfermeiros caboverdianos*. Obtido em 12 de Março de 2013, de [http://www.esenfc.pt/event/abstracts/export/abstractPDF.php?id\\_abstract=2430&id\\_Event=64](http://www.esenfc.pt/event/abstracts/export/abstractPDF.php?id_abstract=2430&id_Event=64)
- ✓ Ludke, M., & Mauli, A. (1986). *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas São Paulo*. São Paulo: E.P.V.

- ✓ Marconi, M. D., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ª ed.). São Paulo: Edições Atlas.
- ✓ Marinho, S., & Arán, M. (Março de 2011). Obtido em 10 de Dezembro de 2012, de Scielo.br: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100002)
- ✓ Marques, A. R. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: como Lidar...* Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- ✓ Mendonça, S. S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro.
- ✓ Moreira, A., & Lisboa, M. (Julho-Setembro de 2006). A Morte entre o público e o privado: Reflexões para a prática de Enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, N°14, pp. 447-454.
- ✓ Neto, I., & Aitken, H. P. (2004). *A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a nossa existência* (1ª ed.). Cascais: Editora Pergaminho Lda.
- ✓ Neves, C., Pavan, E., & Lannebere, M. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos : «Cuidar» Ética e Práticas*. Loures: Lusociência.
- ✓ Oliveira, A. (2008). *O desafio da Morte*. Lisboa: Âncora.
- ✓ Oliveira, J. B., & Neto, F. (2004). *Validação de um instrumento sobre diversas perspetivas da morte*. Obtido em 10 de Setembro de 2012, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a04.pdf>
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2006). *VI Seminário Jurisdicional Final de vida*. Obtido em 05 de Janeiro de 2013, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_20\\_Janeiro\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_20_Janeiro_2006.pdf)
- ✓ Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase terminal: Perspectiva Ética*. Loures: Lusociência -Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- ✓ Pacheco, S. (Janeiro de 2006). A morte no ciclo vital: perspectiva de enfermagem. In O. d. enfermeiros, *Final de vida- IV Seminário jurisdicional* (Vol. 20, pp. 31-34). Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Paulino, L. C. (17 de 2008 de Novembro). *Webartigos.com-Publicação de artigos e monografias*.  
- - - Em cache
- ✓ Ponte, J. P. (2006). Estudos de Caso em educação matemática. *Bolema*, pp. 105-132.
- ✓ Pope, C., & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Editora Artmed.
- ✓ Querido, A. I. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Obtido em 10 Janeiro de 2012, de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/120/1/A%20Esperan%c3%a7a%20em%20Cuidados%20Paliativ.pdf>
- ✓ Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M. S., & Lima, L. D. (Setembro/dezembro de 2006). *Sentimentos e Percepções da Equipe de saúde frente ao paciente Terminal*. Obtido em 10 de Dezembro de 2012, de Scielo: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000300012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000300012&script=sci_arttext)
- ✓ Quivy, R., & Chapenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- ✓ Raposo, J. M. (Abril de 2003). O Cuidar e o Morrer. *Cadernos de bioética*.
- ✓ Ribeiro, M., Baraldi, S., & Silva, M. (Agosto de 1998). A Percepção da Equipe de Enfermagem em Situação de Morte: Ritual do Preparo do Corpo "Pós-Morte". *Revista Escola de Enfermagem USP*, 32, pp. 117-123.
- ✓ Rodrigues, S. M. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de cuidados continuados integrados. um estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação. Braga: Universidade do Minho.

- ✓ Rosado, M. (1991). *Os técnicos de saúde face ao doente com doença grave*. Lisboa: Vozes.
- ✓ Rosado, M. (1993). Os técnicos de saúde face ao doente terminal. Contributos para o estudo desta problemática. (*Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação*). Lisboa: Universidade de Lisboa.
- ✓ Rousseau, P. (2000). Hope in the terminally ill. *Western Journal of Medicine*, 173, 117-118.
- ✓ Salazar, H. (2003). A Natureza do Sofrimento em Cuidados Paliativos. In A. Marques, & I. Neto, *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- ✓ Sapeta, P., & Lopes, M. (Junho de 2006). Cuidar em Fim de vida: Factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista Referência, II série, nº4*, pp. 36-60.
- ✓ Saraiva, D. (2009). A Atitude do Enfermeiro perante a Morte. *Nursing*.
- ✓ Saraiva, D. M. (2007). O Enfermeiro e a Morte. *Revista Nursing*, pp. 25-30.
- ✓ Serrão, D., & Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Silva, N. J. (8 de Janeiro de 2006). A Morte Abandona a casa e instala-se nos Hospitais. *Diário de Notícias*. Obtido em 05 de Janeiro de 2013, de Diário de Notícias: [http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=633796](http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=633796)
- ✓ Silva, S. (2009). *Caracterização dos Cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Porto: Instituto de Ciências de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- ✓ Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (1999). *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusociência.
- ✓ Sorensen, & Luckman. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiologica*. Lisboa: Lusodidacta.



- ✓ Sousa, D. (2006). *O Contributo da visita domiciliária pelos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, na diminuição da solidão dos idosos*. Chaves: Escola Superior de Enfermagem de Chaves.
- ✓ Sousa, D., Soares, E. O., Costa, K. M., Pacífico, A., & Parente, A. (jan-Mar de 2009). A Vivência da Enfermeira No processo de Morte e Morrer dos Pacientes Oncológicos. *Texto Contexto Enferm*, 18, pp. 41-47. Obtido em 10 de Dezembro de 2012, de [www.scielo.br](http://www.scielo.br):  
  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000100005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100005&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-0707200900010000
- ✓ Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Susaki, T. T., Silva, M. J., & Possari, J. F. (Junho de 2006). *Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem*. Obtido em 15 de Janeiro de 2012, de  
  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000200004&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200004&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0103-21002006000200004
- ✓ Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Vala, J., & Beneticta, M. M. (2006). *Psicologia Social* (7ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ✓ WHO definition of palliative care. (2006). (*World Health Organization*). Geneva, Switzerland.
- ✓ Wikipédia Enciclopédia Livre. (s.d.). Obtido em Janeiro de 06 de 2013, de [http://pt.wikipedia.org/wiki/Sentido\\_da\\_vida](http://pt.wikipedia.org/wiki/Sentido_da_vida)
- ✓ Wong, F., & Lee, W. (2000). A Phenomenological study of early nursing experiences in Hong Kong. *Jornal of Advanced Nursing*, V.31, pp. 1509-1519.
- ✓ Zo har, D., & Marshal, I. (2004). *Capital espiritual*. Rio de Janeiro: Best Seller.







## **ANEXO 1- CRONOGRAMA**



**Nome do Investigador:** Maria da Conceição dos Santos Fão

**Orientação:** Professora Doutora Maria Manuela Cerqueira

**Título:** “As Experiências do Enfermeiro perante o Processo de Morrer em Cuidados Continuados”

Ano	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2013	2013
Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Atividades									
Pesquisa de informação									
Enquadramento teórico									
Percurso Metodológico									
Colheita de dados									
Percurso Empírico									
Entrega									





**ANEXO 2 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO  
DO ESTUDO**



**Exmo. Senhor(a)**

**Presidente da Unidade de Cuidados  
Continuados Dr. Queiroz de Faria**

**ASSUNTO:** PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETIVAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DE MESTRADO

**Dados do Investigador Principal:**

**Nome :** Maria da Conceição dos Santos Fão

**Habilitações :** Licenciatura em Enfermagem

**Instituição onde Trabalha –** C.R.I. de Viana do Castelo – Equipa de Tratamento de Viana do Castelo

Aluna do I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos

**Título do projeto de investigação:** As experiências do enfermeiro perante o processo de morrer em Cuidados Continuados

**Objetivos do projeto de investigação:**

**Objetivo Geral:** conhecer de que forma experiencia o processo de morrer o enfermeiro que presta cuidados numa Unidade de Cuidados Continuados.

**Objetivos específicos:**

- ✓ Identificar as representações que os enfermeiros possuem sobre o processo de morrer;
- ✓ Identificar que sentimentos e emoções experienciam os enfermeiros perante o processo de morrer;
- ✓ Identificar a influência que o processo de morrer tem nos cuidados prestados pelos enfermeiros;

- ✓ Identificar as estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para lidarem com o processo de morrer;

Subcrevo este pedido solicitando a V. Exa. na qualidade de Investigadora principal, autorização para a efetivação do projeto de investigação em epígrafe, a realizar em contexto de Cuidados Continuados.

A referida colheita incidirá sobre os enfermeiros que prestem cuidados na respetiva unidade. O instrumento de recolha de dados a utilizar será a entrevista.

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Assume-se o compromisso de após o término do referido estudo, informar a instituição dos respetivos resultados.

Remeto em anexo toda a documentação necessária à submissão ao Conselho de Administração do projeto de investigação supracitado.

Com os melhores cumprimentos,

Viana do Castelo, 09 Julho 2012

**A Investigadora Principal**

---

(Maria da Conceição dos Santos Fão)

**ANEXO 3 - DEFERIMENTO DO PEDIDO AUTORIZAÇÃO PARA  
REALIZAÇÃO DO ESTUDO DA UNIDADE DE CUIDADOS  
CONTINUADOS DR. QUEIROZ DE FARIA**





Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Diretora Mara do  
Carmo de Jesus Rocha,

Em resposta á vosso pedido de autorização para realização de estudo de Investigação do Mestrado em Cuidados Paliativos da mestranda M<sup>a</sup> da Conceição dos Santos Fão, a nossa Instituição está disponível para a realização do referido estudo.

Para qualquer assunto podem contactar-me para este endereço eletrónico,  
Atenciosamente,

Forjães, 9 de Agosto de 2012  
A Diretora Técnica da Unidade de Cuidados Continuados Dr. Queiroz Faria  
Enf.<sup>a</sup> Cidália Martins







## **ANEXO 4 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

***Designação do Estudo: As experiências do enfermeiro perante o processo de morrer em Cuidados Continuados***

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_,

Tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “, realizado por Maria da Conceição dos Santos Fão, a frequentar o I Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

***Assinatura do participante:*** \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, Maria Fão expliquei os objetivos, métodos, resultados esperados e consequências possíveis do trabalho de investigação em questão e confirmei o seu correto entendimento.

Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Assinatura do(a) Investigador(a):

***Maria Fão Contacto: 964721444***







## **APÊNDICE 1 - GUIÃO DA ENTREVISTA**





## Guião da Entrevista

### Caracterização do enfermeiro

Sexo:

Idade:

Tempo serviço na instituição:

Resumo percurso profissional:

OBJETIVOS	QUESTÕES
Identificar representações da morte	Que representações tem sobre o processo de morrer?
	Como vê no presente o processo de morrer? Foi sempre visto de forma igual?
	Na sua opinião este processo é vivido de igual forma num doente adulto e num idoso?
	De que forma considera que a sua experiência profissional influencia a forma como vivencia o processo de morte do doente?
Identificar sentimentos e emoções perante o processo de morrer	Que sentimentos / emoções experiencia quando se defronta com a morte do doente?
Identificar a influência que o processo de morrer tem nos cuidados	Que tipo de cuidados presta à pessoa que está a morrer?
	De que forma são influenciados os cuidados prestados perante o processo de morrer?
Identificar Estratégias utilizadas pelos enfermeiros	Que estratégias utiliza para lidar com a morte dos doentes?



## **APÊNDICE 2 - EXEMPLO DE TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA**



## **Entrevista 1**

**Data:** 26/10/2012

**Sexo:** F

**Idade-** 29

**Tempo de serviço na unidade:** 2 anos

**Percurso profissional:** 3 anos no Hospital Sta Maria no serviço de cirurgia plástica, 3 anos no Hospital de braga nos serviços de ortopedia, agora cirurgia geral e gastro. Acumula na unidade de CC LD de Forjães.

### **1- Que representações tem sobre o processo de morrer?**

**E1:** É uma etapa de vida, com que nós frequentemente lidamos com esta situação e tentamos sempre minimizar a dor que acho que é o que temos mais que batalhar nessa etapa. Sabemos que é uma etapa inevitável na vida do ser humano e a prioridade nestas fases é minimizar a dor e promover o conforto da pessoa.

### **2- Como vê no presente o processo de morrer? Foi sempre visto de forma igual?**

**E1:** Não, há medida que fui tendo mais experiencia, fui vendo que cada utente lida com a morte o sofrimento e o medo da morte à sua maneira. Cada utente é um utente e nós tentamos seguir com a dinâmica de cada e apreender a fazer e apoiar nesta fase das suas vidas pois temos utentes que estão sempre conscientes até ao final da sua vida.

### **3- Na sua opinião este processo é vivido de igual forma num doente adulto e num idoso?**

**E1:** O mais importante não é a idade do doente mas sim o seu diagnóstico e a fase ou o prognóstico que esta doença tem futuramente. Por exemplo se é uma neoplasia do pulmão sabemos que à partida vai ser um fim mais doloroso e mais traumático porque no fundo estes utentes estarão sempre conscientes até ao final enquanto que um idoso

com uma demência não vai estar tão ciente da sua situação até ao final e não sofrerá tanto com isso. No entanto também temos utentes idosos que estão conscientes da sua situação até ao final. Na minha opinião não tem a ver com a idade mas sim com a situação clínica da pessoa e o seu estado de consciência.

**4-De que forma considera que a sua experiencia profissional influencia a forma como vivencia o processo de morte do doente?**

**E1:** É assim... Nós vamos ao longo do tempo ganhando capacidade de defesa. Inicialmente, no principio da minha carreira abalava me um bocadinho, o sofrimento e a nossa impotência, que no fundo temos sempre. Agora conseguimos porque embora nos envolvamos de uma maneira menos consciente, conseguimos separar as emoções. Tentamos não pensar sempre no doente. Lembro-me que no inicio custava me imenso, quando saia do trabalho e continuava a pensar na mesma situação. Agora eu consigo separar um bocadinho isto. Quando estou aqui dou o meu melhor apoio o doente, tento minimizar o sofrimento e dar o máximo conforto possível nesta fase. Mas saindo daqui tentar esquecer um bocado pois não podemos levar todos os problemas connosco para casa.

**5- Que sentimentos / emoções experiencia quando se defronta com a morte do doente?**

**E1:** É difícil, pois cada caso é um caso. Tive situações que me custaram imenso, com familiares presentes e assistirem o momento a morte em si e em que as pessoas estavam completamente lúcidas até ao final a solicitar para não sairmos dali. Tive um caso de uma neoplasia do pulmão, a pedir para eu não sair dali e agarrar me a mão para não o deixar, pois sabia que naquele momento que ele iria partir e a mulher também estava ali presente. São situações que nos marcam e abalam imenso e por mais que nós queiramos não ficamos indiferentes. É claro isto depende de caso para caso e é complicado estarmos a generalizar. Há sempre a sensação de impotência em nós , há sempre aquela sensação que podíamos ter feito mais ou que não há mais nada para fazer....

## **6- Que tipo de cuidados presta à pessoa que está a morrer?**

**E1:** Basicamente é aliviar a dor principalmente promover o seu conforto, por norma ficam muito apelativos nestas alturas. Tentar satisfazer todos os seus desejos e vontades e basicamente é isso e dar o máximo de atenção e carinho.

## **7- De que forma são influenciados os cuidados prestados perante o processo de morrer?**

**E1:** Os cuidados nesta fase são influenciados e são importantes, pois ter sempre alguém presente naquele momento e sentirem que alguém de confiança dá apoio, que está ali e com quem podem contar e que também esta ali para apoiar e aliviar a dor. Isto é muito importante os cuidados são influenciados pois vamos ter de ter muita mais atenção com este utente que esta nesta fase.

## **8- Que estratégias utiliza para lidar com a morte dos doentes?**

**E1:** Como disse foi uma coisa inata ao longo da evolução dos anos em que fui trabalhando, fui-me adaptando a cada situação, fomos aprendendo a vivenciar cada morte de cada utente, cada fase terminal, cada família e como lidar com a família. Comunicar o óbito à família são momentos de muita dor e que nos marcam muito a nós profissionais de uma maneira ou de outra e a uns mais que a outros, mas que nós vamos gradualmente aprendendo a lidar e nos defendendo um bocadinho. Embora nos sintamos impotentes tento sentir que damos o nosso melhor e que não podia ter sido feito mais e que tudo que era possível foi feito. Depois também temos o apoio dos colegas, muitas vezes estamos num dia menos bom e o colega disponibiliza-se para ser ele a tratar da situação. Isto é fundamental o apoio dos colegas.... é imprescindível.





### **APÊNDICE 3 - MATRIZ DE ANÁLISE**



ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
1-Significado do processo de morrer	A-Etapa inevitável do ser humano		<p>“...sabemos que é uma etapa inevitável da vida...” E1</p> <p>“...para mim é uma etapa inevitável...” E6</p> <p>“...eu entendo a morte como uma etapa que temos de vivenciar...” E10</p> <p>“...Morrer é a etapa final...” E11</p> <p>“...é a ultima etapa do ciclo vital , é inevitável...” E14</p>
	B-Fase final da vida		<p>“... O processo de morrer é a ultima fase da vida...” E 2</p> <p>“...é o fim da vida como a gente a conhece...” E9</p> <p>“...é um fim é um término...é mesmo um fim...” E14</p>
	C-Processo natural		<p>“...é um processo de vida...” E3</p> <p>“...Acaba por ser um processo natural...” E8</p> <p>“...é um processo natural...” E10</p> <p>“...para mim a morte é o culminar do processo de um processo de viver...” E12</p>
	D-Processo de Luto		<p>“...em conjunto é o luto... o luto é o que representa mais o ato de morrer...” E5</p>
	E- Uma Passagem de estado		<p>“...é uma passagem para outro espaço melhor...” E8</p> <p>“...acredito que possa ser apenas uma passagem...” E7</p> <p>“...para mim o processo de morte é o passar de uma vida para algo...” E12</p>
	F-Processo individual		<p>“... cada utente é um utente...” E1</p>
	G-Término do Sofrimento		<p>“...do que eu tenho visto aqui para muitos... é o fim do sofrimento...” E4</p> <p>“...Agora que trabalho vejo a morte como o fim do sofrimento...” E5</p> <p>“...já vejo a morte quase como uma solução do estado de sofrimento...” E10</p> <p>“...é o fim do sofrimento para os doentes...” E13</p>
	H- Momento de Tristeza		<p>“...Continuo a vê-la como um momento triste...” E6</p>

2- Influência no desenvolvimento de competências do Enfermeiro ao lidar com o doente em processo de morrer	B-Humanas		<p>“...Há medida que fui tendo mais experiencia fui vendo que cada utente lida com a morte e com o sofrimento á sua maneira...” E1</p> <p>“... consigo lidar muito mais facilmente que numa fase inicial...” E2</p> <p>“...agora vejo de uma forma diferente pois estou em contacto com pessoas em fase terminal...” E2</p> <p>“...já me habituei a lidar com a situação...” E4</p> <p>“...lidando cada vez mais com pessoas que vem para aqui para medidas de conforto(...)e acabam aqui isso também nos torna mais sensíveis e mais capacitados...” E5</p> <p>“...Nos aqui já vivenciamos tanta coisa que acabamos por ter outra perspectiva diferente da morte (...) já temos traquejo (...)” E8</p> <p>“...de doente para doente a vivencia vai sendo diferente...” E11</p> <p>“...pela experiencia a primeira segunda(...)morte são diferentes da vigésima(...)ou mais(...) já são muitas mortes..e isso muda...(.) sem duvida que á medida que evoluo na carreira lido melhor com a morte...” E14</p>
	C-Comunicacionais	C1-Atitude Compreensiva	<p>“...tenho noção que consigo lidar não direi mais facilmente, mas tenho outra postura...transmito muita mais tranquilidade...” E2</p> <p>“...Permite-me compreender melhor a morte (...) permite-me compreender que a morte acaba com todo aquele sofrimento...” E10</p>
		C2-Aceitação	<p>“...ajuda a aceitar melhor as coisas...” E4</p> <p>“...agora mentalizei –me e faço tudo para o bem estar do doente...” E4</p>
		C3- Resignação	<p>“...aqui na unidade lidando cada vez mais com pessoas quem veem para aqui e acabam aqui os seus dias. Isso também nos torna (...) mais capacitados para lidar com o processo de morrer...” E5</p> <p>“...aqui na unidade os doentes vão estando aqui algum tempo e a gente habitua-se aquela decadência (...) vão piorando acabam por falecer e são situações que já estamos a espera...” E13</p> <p>“...Neste momento vejo a morte de um doente da mesma forma que no início...” E6</p>

3- Perceção do Enfermeiro acerca da vivência do doente perante o seu processo de morrer	A- Idade do doente		<p>“... Para nós profissionais de saúde quanto mais nova for a pessoa que está a morrer..mais difícil se torna...” E2</p> <p>“...num adulto mais jovem é mais complicado , pelo menos nos casos que vejo aqui aceitam melhor os idosos...” E3</p> <p>“... Os idosos acho que está mais mentalizado para tal....A pessoa mais nova tem sempre aquela noção que vai melhorar...” E4</p> <p>“...se for um doente com 40 anos com cancro claro que custa não é?(...) se for um doente mais idoso que teve uma vida plena e que esta a morrer pelo envelhecimento se calha aí não custa tanto...” E7</p> <p>“...nós vemos um idoso já como no final da vida(... )um doente com 28 anos ...tem a minha idade não é? É totalmente diferente...” E10</p> <p>“custa muito mais ver uma pessoa de 40 ou 50 anos a falecer(...) se calhar podia ter mais esperança de vida...” E11</p> <p>“eu acho que é diferente um adulto de 40 anos com uma doença terminal sofre muito mais que um idoso de 80(...)um idoso tem aquela noção que se calhar já viveu tudo (...) e associa também o fim á velhice...” E13</p> <p>“...para mim o que diferente é a morte numa criança...aí é diferente...” E14</p>
	B- Situação clínica		<p>“... o mais importante não é a idade do doente mas sim o seu diagnostico e a fase ou prognostico que esta doença tem futuramente...” E1</p> <p>“...se é uma pessoa com uma neoplasia (...) se for um processo lento a pessoa vai desaparecendo...” E5</p> <p>“... o que diferencia a forma como lidam não é a idade tem a ver com a patologia deles ,também conta muito...” E8</p> <p>“...também acho que tem a ver com a patologia...” E9</p> <p>“...depende de qual for o diagnóstico... se não for um doente crónico é totalmente diferente como vivencia o processo...” E12</p>
	C-Estado de consciência		<p>“...Não tem a ver com a idade mas sim com o seu estado de consciência...” E1</p> <p>“...se for um doente consciente e orientado(...) é muito complicado pois a pessoa está a perceber o que se está a passar...” E6</p>
	A-Promoção do alívio da dor		<p>“...basicamente é aliviar a dor...” E1</p> <p>“...é mesmo o alívio da dor...” E2</p> <p>“...manter a pessoa sem dor...” E3</p>

4- Cuidados Prestados pelo Enfermeiro à pessoa que está em processo de morrer			<p>“...preocupo-me com a analgesia...” E4</p> <p>“...tentar que não agonize...” E6</p> <p>“...alívio da dor...” E7</p> <p>“o importante num doente terminal.. é controlar a dor...” E14</p>
	B-Promoção do Conforto		<p>“...promover o seu conforto...” E1</p> <p>“...também o conforto, o posicionamento no sentido de alívio da dor e do desconforto...” E2</p> <p>“...manter o conforto...” E3</p> <p>“...dar o conforto e cuidados que necessitam...” E6</p> <p>“...o conforto...” E8</p> <p>“...tentar manter o mais confortável possível...” E9</p> <p>“...tentar dar o máximo conforto...” E10</p> <p>“...cuidados de conforto...” E11</p> <p>“...o importante num doente terminal é o conforto...” E14</p>
	C-Satisfação de desejos		<p>“...tento satisfazer todos os seus desejos e vontades...” E1</p> <p>“...é mesmo satisfazer todas as vontades que manifestem...” E6</p> <p>“...dar-lhe alguma coisa para comer que já não comia a muito tempo...tentar satisfazer desejos...” E7</p> <p>“...é mais os desejos que eles têm...” E8</p> <p>“...se calhar alguns pedidos daqueles que ainda falam...” E11</p> <p>“...primeiro ela e os seus desejos...” E12</p> <p>“...fazemos tudo o que eles querem...” E14</p>
	E- Promoção da Relação	E1-Atenção	<p>“dar o máximo de atenção e carinho...” E1</p> <p>“...dar-lhes atenção que merecem...a companhia...” E4</p> <p>“...sinceramente vou ter mais atenção a esse doente...” E10</p> <p>“...dedico todo o tempo que posso à pessoa...” E12</p>
		E2-Toque	<p>“...dar a mão...” E5</p> <p>“...um pequeno toque na mão ou apertar a mão para</p>

			<i>eles é significativo...</i> E13
		E3- Presença	<i>“...ser só a enfermeira que está ali para apoiar...”</i> E2  <i>“...estar mais presente com o doente..”</i> E6  <i>“...estar presente e junto da pessoa...”</i> E9
		E4-Disponibilidade	<i>“...Preocupo-me com o doente...”</i> E3  <i>“...Fico sempre perto... do doente nesse dia...”</i> E4
	F-Apoio	F1-Psicológico	<i>“...apoio psicológico...tentar sempre falar com a pessoas se possível..”</i> E5  <i>“...com os mais conscientes vamos falando com eles...”</i> E14
		F2-Emocional	<i>“...o apoio emocional...”</i> E13
		F3-Familiar	<i>“...preocupo-me com o doente e com a família...”</i> E3  <i>“...Fico sempre perto da família e do doente nesse dia...”</i> E4  <i>“...apoiar a família...”</i> E5  <i>“...deixar a família o tempo que quiserem...”</i> E10  <i>“...envolver a família...temos muitos utentes que até querem ir a casa...”</i> E14
		F4-Espiritual	<i>“...pedir perdão dos seus pecados e se eles pedem é-lhes concedido...(...)no momento da morte dizer sempre uma ou duas palavrinhas...tenho este lado espiritual...”</i> E10
	A-Disponibilidade de tempo		<i>“...os cuidados são influenciados pois vamos ter de ter mais atenção com este utente que está nesta fase...”</i> E1  <i>“... acho que nesta fase a atenção e vigilância tem de ser maior...”</i> E2  <i>“...tento ter mais atenção, estar mais atento...”</i> E3  <i>“...ponho sempre prioridade aquele utente...”</i> E4  <i>“...tento dar mais atenção..tentar disponibilizar mais tempo...”</i> E5  <i>“...acabo por estar com olhar redobrado sobre a pessoa.....tenta-se sempre estar mais presente com o doente...”</i> E6  <i>“...tenho de tentar gerir bem...é claro que vou estar sempre preocupada com aquela pessoa...”</i> E7  <i>“...Influencia mais pois temos de passar mais vezes</i>



			<p><i>pelo quarto a vigiar...” E8</i></p> <p><i>“...se aquela pessoa precisar mais da minha atenção...sim estarei mais próxima...” E10</i></p> <p><i>“Influencia...se calhar vou passar mais vezes lá...se calhar vou fazer as coisas a ganhar mais tempo com aquele doente...” E11</i></p> <p><i>“...claro que lhe dedico todo o tempo que posso à pessoa...” E12</i></p> <p><i>È um plano de cuidados diferente de um utente normal... vamos tentar gerir o tempo...” E14</i></p>
	B-Atenção humana		<p><i>“...fico mais carinhosa com eles...” E4</i></p>
<b>6 - Sentimentos/emoções experienciados pelo Enfermeiro perante o processo de morrer</b>	A-Impotência		<p><i>“...há sempre sensação de impotência em nós...” E1</i></p> <p><i>“...sentia-me impotente de poder ajudar...” E2</i></p> <p><i>“...penso que podia ter sempre feito mais pela pessoa...” E3</i></p> <p><i>“...impotência tirando outras vivencias...” E5</i></p> <p><i>“...ficava sempre com aquela sensação que podia ter feito mais...de impotência...” E8</i></p> <p><i>“...muitas vezes não temos como resolver é frustrante...” E10</i></p> <p><i>“...de incapacidade total...também me sinto impotente” E11</i></p> <p><i>“...já senti impotência...” E12</i></p>
	B-Angústia		<p><i>“...são situações que marcam...abalam imenso...” E1</i></p> <p><i>“...Tem-me custado mais...” E13</i></p>
	C-Revolta		<p><i>“...no início da minha carreira sentia revolta...” E2</i></p> <p><i>“...já senti revolta...” E12</i></p>
	D-Perda		<p><i>“...sinto que perco alguma coisa, perdi um doente...” E2</i></p>
	E-Tristeza		<p><i>“...tristeza, claro...” E3</i></p> <p><i>“...tristeza...” E4</i></p> <p><i>“tristeza...” E6</i></p> <p><i>“fico sempre triste claro...” E7</i></p> <p><i>“...uma pessoa fica assim...triste...” E8</i></p>

			<p>“...há sempre uma tristeza envolvida...” E9</p> <p>“...tenho dado comigo nas viagens para casa a chorar...” E13</p> <p>“...é sempre um momento de tristeza...” E14</p>
	F-Raiva		<p>“já senti raiva por não poder fazer mais nada...” E3</p> <p>“...outro sentimento associado é a raiva...” E5</p>
	G-Desânimo		<p>“...desânimo...” E4</p>
	H-Alívio		<p>“...por vezes alívio...” E6</p> <p>“...por vezes também alívio...” E7</p> <p>“...da minha parte é uma sensação de alívio...” E9</p> <p>“...de certa forma é um alívio...” E10</p>
	I-Surpresa		<p>“... e uma pessoa fica assim ...espantada...como é possível?” E8</p>
	J-Paz		<p>“...é um sentimento de dever cumprido e fico em paz...” E10</p>
	K-Alegria		<p>“...já me senti feliz por aquela pessoa...” E12</p>
7-Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro para lidar com o processo de morrer	A-Adoção de mecanismos de defesa	A1-Distanciamento	<p>“...embora nos envolvamos de uma maneira menos consciente, conseguimos separar as emoções...” E1</p> <p>“...tentar não me ligar tanto às pessoas...” E7</p> <p>“...Criar sempre uma certa distancia mantendo apenas uma relação terapêutica...” não devemos deixar que nos afete...” E9</p> <p>“... com o tempo vamo-nos habituando, não é habituando é mais ganhando uma carapaça...” E11</p> <p>“...Se calhar como nos custa e se calhar como estratégia de defesa... se calhar evita ir tantas vezes ao quarto...” E13</p>
		A2-Insensibilidade	<p>“...tenho a noção que lidar com a morte me tornou muito mais fria...sinto que não sou tao emotiva...” E2</p>
		A3-Cumprimento da prática ética e legal	<p>“...tenho só de ser a enfermeira que está ali para apoiar...” E2</p> <p>“...Preocupo-me em ir para casa e não deixar nada por fazer e sabendo que o doente esta confortável e sem dor e realmente não há mais nada a fazer...” E4</p> <p>“...Tentamos ao máximo melhorar o conforto da pessoa...e isso dá-nos uma visão melhor...” E5</p> <p>“...Tentar que eles sofram o menos possível e tentar dar conforto...tentar satisfazer as ultimas necessidades, ajuda me a vivenciar melhor este</p>

			<p><i>processo...</i>” E6</p> <p><i>“...penso que estou a fazer o melhor que consigo para atenuar aquela dor...”</i> E7</p> <p><i>“...fiz tudo que podia para aquela pessoa ter um processo de morte confortável...”</i> E12</p> <p><i>“...naquele momento temos de apoiar as famílias...temos uma série de processos burocráticos para tratar e a gente habitua-se...”</i> E 13</p>
		A4-Transferencia	<p><i>“...como tenho tendência a transferir para os doentes que me morrem com essa doença, tenho tendência a pensar no meu familiar... então tem me custado...”</i> E13</p>
		A5-Adaptação	<p><i>“...foi uma coisa inata ao longo da evolução e que fui trabalhando... fui me adaptando a cada situação...”</i> E1</p> <p><i>“...O contacto frequente com estas situações acaba por ajudar a lidar e encarar melhor a situação...”</i> E2</p> <p><i>“...sempre pensar que foi o melhor que podia ter acontecer ...”</i> E13</p>
		A6-Desvio da atenção	<p><i>“...saindo daqui tentar esquecer um bocado pois não podemos levar todos os problemas connosco para casa...”</i> E1</p> <p><i>“...no principio uma pessoa fica sempre a pensar nisso mas.. tento –me abstrair fora do serviço...”</i> E3</p> <p><i>“...ir para casa com a cabeça descansada...”</i> E4</p> <p><i>“...tento me abstrair...para já a que tento utilizar mais é mesmo a abstração.. “...abstraio-me da dor que a pessoa possa estar a sentir...”</i> E7</p> <p><i>“...uma pessoa acaba também por brincar um bocadinho...”</i> E8</p> <p><i>“...tentar agir e não pensar muito na situação...”</i> E9</p> <p><i>“...tentar não pensar tanto nisso...”</i> E 13</p>
		A7-Aceitação passiva	<p><i>“...eu não vejo a morte como uma coisa má, o facto de aceitar tao bem a morte permite-nos aceitar tranquilamente este processo todo...”</i> E 10</p> <p><i>“...é saber que eles vão para um sítio bem mais feliz que o que nós estamos. Isso tranquiliza-me...”</i> E12</p> <p><i>“...não fugir ao que se passou... encarar a morte como um processo natural...”</i> E14</p>
	B-Procura de apoio	B1- Família	<p><i>“...também falar com quem perceba da mesma situação no meu caso a minha esposa...”</i> E3</p>
		B2-Colegas	<p><i>“... também temos o apoio dos colegas...”</i> E1</p>

As Experiências do Enfermeiro perante o Processo de Morrer em Cuidados Continuados

			<p><i>“...se me acontecer uma situação que me marcou muito... tenho de conversar com alguém...” E2</i></p> <p><i>“...Sendo enfermeiro e tendo conhecimento ouvindo outras situações de colegas...Abordar a psicóloga e os médicos... procuro ter mais informação quer seja com colegas...” E5</i></p> <p><i>“... falamos uns com os outros até mesmo com os médicos...” E7</i></p> <p><i>“...no seio da equipa também há discussão de ideias...” E10</i></p> <p><i>“...Acontece também discussão de casos com os colegas...” E11</i></p> <p><i>“...Conversar com os colega foi uma estratégia que adotei...” E14</i></p>
	C-Procura de informação		<p><i>“...Procuro ter mais informação...pesquisando...” E5</i></p>

